



俄亥俄州

UnitedHealthcare Community Plan

會員手冊

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio 向符合條件的年老、眼盲或殘疾的俄亥俄州居民、承保家庭和兒童提供健康護理服務（包括 Healthy Start 和 Healthy Families）並提供成人擴展 Medicaid 福利。

1-800-895-2017（聽障專線 (TTY)：711）

www.myuhc.com/communityplan





重要電話號碼

會員服務

(週一至週五 上午 7 時至晚上 7 時) 1-800-895-2017
聽障專線 711

24/7 Nurse LineSM 1-800-542-8630

(全天 24 小時提供服務，每週 7 天)

聽障專線 (TTY) 1-800-855-2880

Healthy First Steps (針對準媽媽) 1-800-599-5985

Care Management (護理管理) 1-800-895-2017

Fraud and Abuse Hotline (詐欺和濫用熱線)

UnitedHealthcare 1-877-766-3844

俄亥俄州保險部門 1-800-686-1527

..... 1-614-644-2671

Pharmacy Questions (用藥疑問)

俄亥俄州 Medicaid 消費者熱線 1-800-324-8680

聽障專線 (TTY) 1-800-292-3572

<http://jfs.ohio.gov/ohp/bhpp/meddrug.stm>



網站 www.myuhc.com/communityplan
benefits.Ohio.gov



您的保健提供者

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

急診室：_____ 電話：_____

藥局：_____ 電話：_____

NurseLineSM 是 UnitedHealth Group 公司的服務商標

健康計畫承保範圍由 UnitedHealthcare Community Plan of Ohio 公司提供，
這是一家取得俄亥俄州許可的 HIC

目錄

歡迎加入	5	營業時間外護理/外出時的護理	12
會員服務	5	NurseLine SM 服務	12
語言協助	6	緊急護理	13
Ohio Department of Medicaid 資格審核	6	緊急服務	13
如何使用您的健康計畫	7	事先授權	14
ID 卡	7	住院護理	15
隨身攜帶 ID 卡	7	悉知同意	15
UnitedHealthcare Community Plan 提供者	8	可用服務	16
您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)	8	牙科服務	16
什麼是醫療之家?	8	眼科服務	16
如何找到提供者?	9	交通服務	16
選擇 PCP	9	會員事務	16
取得護理	10	精神健康和藥物濫用服務	17
瞭解您的 PCP	10	耐用醫療器材, 家庭健康服務	17
安排預約	10	醫療上必須的服務	17
需要多久才能預約到 PCP?	10	自行轉診服務	18
變更 PCP	11	婦女、嬰兒及兒童計畫 (WIC)	19
轉至另一名醫生或專科醫生	11	成人擴展群體會員的其他福利	19
網外提供者	11	心理醫生服務	19
二次鑒別診斷	11	您的健康計畫福利	20
醫學進步	12	獲取處方藥	26

目錄 (續)

UnitedHealthcare Community Plan 項目和服務	28	UnitedHealthcare Community Plan 能否終止我的會員資格？	36
品質改善	28	其他健康保險	36
疾病與護理管理	28	意外傷害或疾病	37
My Advocate™	28	喪失 Medicaid 資格	37
如果您即將生產	29	喪失保險通知	37
Healthchek	29	新會員資訊	38
Baby Blocks™	31	欺詐和濫用熱線	39
Dr. Health E. Hound®	31	權利與責任	40
Community Rewards™	31	當您不滿意我們做出的決定時	43
會員諮詢委員會	32	預先指示	46
Kickoff to Good Health 項目	32	重要術語	51
會員資訊	33	隱私聲明	54
變更您的會員資格	33	醫療資訊	54
自動續期	33	財務資訊	57
家庭人數變更	33	申訴和上訴表	63
終止 MCP 會員資格	33	PCP 變更申請	65
選擇新計畫	33	指定授權代表	67
正當終止	34		
終止會員資格時需牢記的事項	35		
選擇性會員資格終止方案	35		
排除	35		

歡迎加入

歡迎加入 UnitedHealthcare Community Plan。現在，您已成為一項健康護理計畫（亦稱為管理式護理計畫（Managed care plan，MCP））的會員。UnitedHealthcare Community Plan 向符合條件的年老、眼盲或殘疾的俄亥俄州居民、承保家庭和兒童提供健康護理服務（包括 Healthy Start 和 Healthy Families）並提供成人擴展 Medicaid 福利。身為會員，您有資格免費享有令人興奮的福利。此外，我們還為您準備了針對哮喘及糖尿病等病症的疾病與護理管理計畫以及 Healthy First Steps™ 孕期方案。

若您尚未收到郵寄的 UnitedHealthcare Community Plan 會員身份識別 (ID) 卡，那麼將很快送達。記得看醫生時攜帶此卡，並向醫生的工作人員出示您的卡片。

這是您的會員手冊。

請抽出時間閱讀本手冊。會員手冊會對您可能遇到的許多問題做出解答。若在閱讀或理解本手冊或任何其他 UnitedHealthcare Community Plan 資訊方面有任何問題，請撥打免付費電話：1-800-895-2017 (TTY 711) 聯絡我們的會員服務尋求協助。我們能夠以英語或您的主要語言解釋資訊或口頭提供資訊。我們可能已用某些其他語言或其他方式書面提供此資訊。若您是視力或聽力受損人士，我們可為您提供特殊協助。會員服務工作人員將協助您使用 UnitedHealthcare Community Plan。您可於週一至週五上午 7 時至晚上 7 時與會員服務聯絡。



會員服務電話 1-800-895-2017 (TTY: 711)

週一至週五上午 7 時 至晚上 7 時

我們的辦公室在以下重大節日時暫停工作：

- 新年
- 馬丁.路德.金紀念日
- 陣亡將士紀念日
- 獨立紀念日
- 美國勞工節
- 感恩節
- 感恩節後一天
- 聖誕節

會員服務可在以下方面為您提供協助：尋找提供者、福利問題、如何獲取服務、提出投訴、更換 PCP、語言協助等。當您遇到不確定的事情時或若您對 UnitedHealthcare Community Plan 存有任何疑問，請立即撥打電話。我們可能會監聽通話以便訓練新團隊成員或瞭解團隊如何運作。這意味著監督員可能會監聽到您的通話。

歡迎加入 (續)

您也可以寫信給我們：

會員服務

UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

請造訪我們的網站，其中包含最新的會員資訊、健康教育、提供者名單及更多資訊。

www.myuhc.com/communityplan

UnitedHealthcare Community Plan 不會因種族、膚色、宗教、性別、性取向、年齡、殘疾、國籍、退役軍人身分、出身、健康狀況或接受健康服務時所需的健康服務而有差別對待。

語言協助

若在閱讀或理解本資訊或任何其他 UnitedHealthcare Community Plan 資訊方面有任何問題，請撥打免付費電話：1-800-895-2017 聯絡我們的會員服務尋求協助。我們能夠以英語或您的主要語言解釋此資訊。我們可能已用某些其他語言或以其他方式書面提供此資訊。若您是視力或聽力受損人士，我們可以提供特殊協助。

聽障會員請撥打 711。這是一項免費的電信中繼服務 (Telecommunications Relay Service, TRS)，可讓有聽力或言語障礙的人士接打電話。申請連接至 UnitedHealthcare Community Plan，並向他們提供會員服務電話號碼 1-800-895-2017。

如果需要，可提供另一種語言、大字體、點字和錄音帶形式的會員資訊和文件。此外，還可為視力或聽力受損的會員提供口譯員。若需要以點字或大字體提供此資訊，請致電會員服務，電話：1-800-895-2017。

Si desea recibir una copia de esta informacion en espanol, por favor llame al numero 1-800-895-2017.

Ohio Department of Medicaid (ODM) 資格審核

您將每 12 個月（有時更早）收到一次關於更新 Medicaid 資格的郵件通知。收到此通知後，請務必聯絡當地的 Ohio Department of Medicaid。否則，您的 Medicaid 資格將終止。若您已搬家，請告知您的個案工作者。若 Ohio Department of Medicaid 得到的地址錯誤，則您可能無法按時接收到通知。

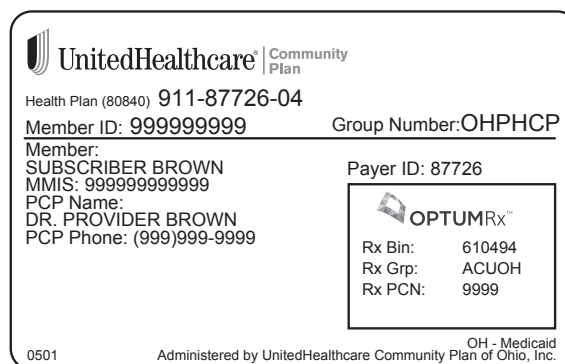
如何使用您的健康計畫

UnitedHealthcare Community Plan 是取得州批准的健康護理計畫。UnitedHealthcare Community Plan 擁有主要護理提供者，也稱為 PCP。這些醫生可以滿足您大部分的健康護理需要。此外，我們還有專科醫生出身的其他提供者（醫生）；例如，心臟科醫生或外科醫生。

UnitedHealthcare Community Plan 會與符合 UnitedHealthcare Community Plan 品質標準的提供者簽約。我們希望您盡可能得到最佳護理。

身份識別 (ID) 卡

您應已收到 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。已參加 UnitedHealthcare Community Plan 的每一位家庭成員均將收到自己的卡。這些卡可以替代您的每月 Medicaid 卡。只要您是 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，每一張卡均有效。與 Medicaid 卡的情況不同，您將不會每月收到新卡。您的會員 ID 卡僅限用於自己的護理，不應借予他人使用。



若您是孕婦，則需要向 UnitedHealthcare Community Plan 告知孩子的出生時間，以便我們向您寄送孩子的新 ID 卡。

！ 隨身攜帶 ID 卡

每次您接受醫療服務時，均需使用 ID 卡。這意味著在以下情況中您需要使用 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡：

- 到主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 處就診
- 到專科醫生或其他提供者處就診
- 前往急診室
- 前往緊急護理機構
- 因任何原因前往醫院
- 取得醫療用品
- 取得處方
- 進行醫學檢驗
- 接受非緊急交通服務（即往返於 PCP 處）

若出現以下情況，盡快致電 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務（電話：1-800-895-2017（聽障專線：711））：

- 尚未收到卡片
- 卡片丟失
- 卡片上有任何資訊錯誤
- 生孩子

如何使用您的健康計畫 (續)

UnitedHealthcare Community Plan 提供者

UnitedHealthcare Community Plan 會與符合 UnitedHealthcare Community Plan 品質標準的提供者簽約。

請務必牢記，您必須接受由 UnitedHealthcare Community Plan 名單上的機構及／或提供者提供的 UnitedHealthcare Community Plan 含蓋的服務。請參閱第 20 - 24 頁中關於 UnitedHealthcare Community Plan 承保服務的資訊。僅在以下幾種情況中您可以使用非 UnitedHealthcare Community Plan 名單上的提供者：

- 緊急服務
- 聯邦合格健康中心／鄉村保健診所
- 合格的家庭計畫提供者
- 俄亥俄州精神健康和成癮服務部門 (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) 認證的社區精神健康中心
- UnitedHealthcare Community Plan 批准您去就診的名單之外的提供者

您應已收到一份提供者名錄，其中列出了名單上的所有提供者以及其他您可以接受其服務的名單外提供者。您也可以造訪我們的網站 www.myuhc.com/communityplan，查看最新的提供者名單資訊。



您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)

您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 是您的私人醫生。把您 PCP 的辦公室當做您的醫療之家。當您加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您可以為自己挑選一名 PCP。某些 PCP 可能有住院醫生、執業護士、助產士和醫師助理，他們會在您 PCP 的指導下為您提供保健服務。UnitedHealthcare Community Plan 的提供者名錄中列出的所有提供者均已同意照料 UnitedHealthcare Community Plan 會員。我們所有的提供者均符合 UnitedHealthcare Community Plan 的高品質標準要求。

什麼是醫療之家？

如果您總是去同一名提供者處就診或相同的醫療診所，那麼該提供者就是您的醫療之家。

為什麼需要醫療之家？

您和家人需要醫療之家的原因有很多。

- 醫療之家會保存您的相關病歷。這樣可以讓醫生更快地為您看診。
- 醫療之家會獲知您注射了哪些疫苗、您的疾病和藥物處方，以及哪種藥的療效最好。
- 醫療之家會獲知您的過敏史和其他健康問題。
- 醫療之家會獲知什麼樣的行為和保健方式對於您來說比較正規。
- 醫療之家可以解答與先前治療相關的問題。

如何找到提供者？

使用我們的提供者名錄。它列出了名稱、地點、電話號碼和我們的計畫提供者所說的非英語語言。如果您沒有提供者名錄，想讓我們寄送一份，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017。我們可以幫您找到一名就近的提供者。我們還可以幫您找到參與的專科醫生、家庭健康護理和耐用醫療器材供應者。

請造訪我們的網站 www.myuhc.com/communityplan。隨時會有新的提供者加入 UnitedHealthcare Community Plan 網絡。我們的網站會提供最新名錄。

對於大部分醫療護理服務，您必須去找自己的主要護理提供者。



選擇主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)

UnitedHealthcare Community Plan 的每一名會員必須從 UnitedHealthcare Community Plan 的提供者名錄中選擇一名主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)。您的 PCP 是您的專屬醫生。您可以在我們的網站 www.myuhc.com/communityplan 上找到最新的 UnitedHealthcare Community Plan 提供者名單。如果您無法上網，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711），詢問關於提供者的詳情或申請一份書面名錄。

您的 PCP 是在兒科、家庭醫學（全科醫學）、內科或兒科方面接受專業訓練的一名醫師、醫師聯合執業團體、高級執業護士或高級執業護士聯合執業團體。如果您已懷孕，則可以選擇一名在產科/婦科 (OB/Gyn) 方面接受專業訓練的 PCP。

PCP 會協助並指導您的健康護理。您的 PCP 會為您做體檢和注射疫苗，並滿足您大部分的日常健康護理需求。如果需要，您的 PCP 會將您轉至其他醫生（專科醫生）或為您辦理住院。您可以撥打您的 PCP 辦公室電話與他聯絡。您的 PCP 姓名和電話號碼印在您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡上。

某些主要護理提供者站點可能有住院醫生、執業護士和提供者助理，他們會在您的 PCP 監督下為您提供保健服務。

如果您的主要護理提供者停止與 UnitedHealthcare Community Plan 合作，我們會通知您。我們將幫您挑選一名新的提供者。

取得護理

瞭解您的 PCP - 健康訪視的時間到了！

對於所有的 UnitedHealthcare Community Plan 會員來說，定期健康訪視非常重要。這樣您的 PCP 才可以協助您保持健康。成為 UnitedHealthcare Community Plan 會員之後，便可立即安排與您的 PCP 見面。不必等到生病的時候。

您可以詢問以下問題：

- 營業時間為何？
- 如果我需要晚上或週末護理，如何處理？
- 如果您的辦公室沒人，由誰接電話？
- 從另一間辦公室取得我的病歷時是否需要我的「確認」？
- 我是否要做些檢驗和檢查？

瞭解您 PCP 辦公室的所有工作人員非常重要。他們將在醫療指導等方面為您提供協助。如果您想與辦公室的某位人員通話，請最好在正常營業時間撥打電話。

預約 PCP 就醫

當撥打電話或前往辦公室進行預約時，一定要告訴他們您是 UnitedHealthcare Community Plan 會員，以及您為什麼需要預約。

去赴約時，一定要隨身攜帶

- 您的 UnitedHealthcare Community Plan 卡。
- 您可能擁有的任何其他承保範圍的卡。

需要多久才能預約到 PCP？

以下是一些關於需要多久才能預約到您 PCP 的通用指南。

急診預約：

立刻或轉到急診

緊急（但不是急診）預約：

24 小時內

定期性症狀預約：

48 小時內

定期性無症狀預約：

6 周內

預防性、健康孩童和定期預約：

6 周內

更換 PCP

無論出於何種原因，若想更換 PCP，必須先聯絡會員服務進行變更申請。會員可以每月更換一次 PCP。成為會員的第一個月內，PCP 更換將在申請當日生效。如果您在成為會員的第一個月之後申請更換 PCP，變更將在下一個月的第一天生效。UnitedHealthcare Community Plan 會寄給您一張新 ID 卡，以此告知已變更您的 PCP 以及可以開始去新 PCP 處就診的日期。

對於 UnitedHealthcare Community Plan 中 PCP 的姓名，您可以查詢提供者名錄，登入我們的網站 www.myuhc.com/communityplan 進行查詢，或者您可以撥打 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）尋求協助。

如果您在加入 UnitedHealthcare Community Plan 時未選擇 PCP，UnitedHealthcare Community Plan 會為您指派一名 PCP。我們會通知您，您可按照自己的意願在加入 UnitedHealthcare Community Plan 的第一個月內更換為另一名 PCP，或者以後每月更換一次。

轉至另一名醫生或專科醫生

當您和您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 商定您需要去看另一名醫生（專科醫生）時，主要護理提供者會將您轉診至那名醫生。這意味著這名醫生會為您選擇或推薦另一名醫生就診。

如果您的疾病或狀況比較複雜，可能需要頻繁前往專科醫生處就診。如果您需要頻繁前往專科醫生處就診，UnitedHealthcare Community Plan 可以協助調整您的健康護理。您可在需要時前往您的專科醫生處就診。

有時由於某種原因，可能會需要專科醫生擔任您的 PCP。專科醫生可擔任有非常複雜健康護理需求會員的 PCP。如果您及／或您的專科醫生認為他們應該擔任您的 PCP，您應撥打會員服務電話商討此事。專科醫生必須能夠勝任您的 PCP，並且每週 7 天、每天 24 小時均可為您提供服務。

如果您的疾病或狀況比較複雜，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。我們會為您提供協助。會員服務也可以為您提供一份專科醫生名單。

網外提供者

您的 PCP 可能會做出以下決定，即您所需的醫療護理服務僅可由未參加 UnitedHealthcare Community Plan 的醫生或其他健康護理提供者提供。您的 PCP 需要電話聯繫我們，以得到 UnitedHealthcare Community Plan 關於這些服務的確認或事先授權，然後才能含蓋這些服務。

二次鑒別診斷

如果您想得到另一名醫生的二次鑒別診斷，請聯繫會員服務，電話：1-800-895-2017（聽障專線：711）。他們可為您提供協助。

取得護理 (續)

醫學進步

當 UnitedHealthcare Community Plan 收到關於含蓋新研發的醫療器材或程序的申請時，我們的國內技術評估委員會對其進行審核。該委員會包括醫師和其他健康護理專業人員。委員會根據國家方針和來自醫學文獻的科學依據幫助決定

UnitedHealthcare Community Plan 是否應該批准所申請器材或程序的使用。

營業時間外護理或 UnitedHealthcare 服務區域外護理

有時您可能會在辦公室關閉的時候或者您正在 UnitedHealthcare Community Plan 服務區域之外的時候，需要您的主要護理提供者。如果您需要緊急或非急診護理，請撥打您 PCP 的辦公室電話。您將得到如何取得護理的指示。會有相關人員每週 7 天、每天 24 小時為您提供協助。如果您的 PCP 讓您前往最近的急診室，請在 24 小時內或盡快與 UnitedHealthcare Community Plan 聯絡。

您還可以呼叫 UnitedHealthcare Community Plan NurseLine 服務。NurseLine 護士每週 7 天、每天 24 小時都可以回答您的健康相關問題。撥打 NurseLine 電話 1-800-542-8630 (TTY: 1-800-855-2880)。



NurseLineSM 服務

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您可以利用我們的 NurseLine 服務。藉助 NurseLine 服務，您可利用一個免費電話號碼每週 7 天、每天 24 小時隨時聯絡到瞭解您健康護理需求和擔憂且經驗豐富的註冊護士。

您盡可放心，NurseLine 註冊護士平均具有 15 年的豐富經驗。NurseLine 會利用獲醫師認可的可信資訊協助您做出正確決定。完全免費！

想取得最好的健康護理要從提問和理解答案開始，NurseLine 可以協助您做出健康相關決定。NurseLine 護士還會向您告知一些有關健康飲食和保持健美的秘訣。這些護士還可以協助您：

- 確定急診室或醫生訪視是否適合您。
- 尋找醫生或醫院。
- 瞭解您的治療選擇。
- 向您介紹重要的健康檢查和疫苗注射的相關事宜。
- 回答您關於健康的問題。
- 學習如何在處方上省錢。
- 教您如何安全服藥。

若需呼叫 NurseLine 服務，請撥打 1-800-542-8630 (TTY: 1-800-855-2880)。

(僅限獲取資訊。護士不能診斷問題也不能推薦具體的治療。他們不能代替您醫生的護理。)

緊急護理

緊急護理是指您需在 24 小時內取得護理、治療或建議的情況。

如果您需要緊急護理，可以前往緊急護理中心。在此之前，您不必得到事先授權。如果需要我們幫您確定就近緊急護理中心的位置，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711），我們會為您提供協助。

如果不確定自己是否需要前往緊急護理中心，請聯絡您的 PCP 或撥打我們的 24/7 NurseLine 服務熱線 1-800-542-8630 (TTY: 1-800-855-2880)，您的 PCP 或 NurseLine 服務代表會為您提供協助。為確保您接受最好的護理，請將前往緊急護理中心就診的任何相關情況告知您的 PCP。您的 PCP 藉此可以協助協調您的健康護理。

緊急服務

緊急服務是針對您認為非常嚴重而必須立刻由醫生處理的醫療問題的服務。在您所居住的郡的內外，我們均含蓋緊急護理服務。而且，UnitedHealthcare Community Plan 認為緊急服務含蓋以下住院和門診服務：

(a)由合格提供者提供的服務；以及

(b)在評估或穩定緊急醫療狀況時所需的服務。

因突然發生一般人認為會造成以下影響的醫療狀況或劇痛而需要立即接受醫療護理時，需要緊急服務：

- 個人健康或未出生嬰兒的健康處於嚴重危險情況；
- 造成身體機能的嚴重損害；及／或
- 造成器官或身體部分的嚴重損害。

如果您不確定自己是否需要去急診室就診，可以聯絡您的主要護理提供者或撥打我們的 24/7 NurseLine 服務熱線 1-800-542-8630 (TTY: 1-800-855-2880)。您的 PCP 或 24/7 NurseLine 代表會就您的醫療問題與您進行討論，並給出應該怎樣做的建議。

需要緊急服務的實例包括：

- 流產／懷孕陰道出血
- 心臟病發作
- 嚴重胸痛
- 嚴重出血不止
- 嚴重呼吸困難
- 可能的中風

在接受緊急服務之前，您不必聯繫 UnitedHealthcare Community Plan 取得其核准。如果出現緊急情況，請撥打 911 或前往最近的急診室 (Emergency Room, ER) 或其他合適的場所就診。

取得護理（續）

如果需要緊急服務，請牢記：

- 前往最近的醫院急診室或其他合適的場所就診。一定要告訴他們您是 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，並向他們出示您的 ID 卡。
- 如果您需要緊急運輸，請撥打 911 或聯繫您當地的緊急服務。
- 如果正在為您進行緊急治療的提供者對您的緊急狀況進行了護理但認為您需要其他的醫療護理來處理導致您出現緊急狀況的問題，則該提供者必須電話聯繫 UnitedHealthcare Community Plan。
- 在緊急狀況得到控制以後，您需要盡快電話聯繫您的主要護理提供者。您的主要護理提供者每週 7 天、每天 24 小時都會為您提供協助。
- 如果醫院讓您住院，請確保在 24 小時內或盡快電話聯繫 UnitedHealthcare Community Plan。請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡上列有這個號碼。

事先授權

事先授權是針對必須由 UnitedHealthcare Community Plan 批准的服務。在您接受被列為需要事先授權的服務或程序之前，您的醫生必須撥打採納管理 (Utilization Management, UM) 部電話 1-800-366-7304。我們的 UM 團隊服務時間是週一至週五的

上午 8 時至下午 5 時。值班人員每週 7 天、每天 24 小時隨時提供服務以便應對緊急事先授權情況。

UnitedHealthcare Community Plan 還會在服務和護理進行的時候對其中的一部分進行審核。這稱為並行審核。以下為情形示例：

- 住院患者
- 接受由護士進行家庭護理的患者
- 接受言語治療和物理治療等某些門診服務的患者

UnitedHealthcare Community Plan 與您的醫生一起對您的進展情況進行審核，以確定您依然需要這些服務還是其他服務對您而言效果更好。

UnitedHealthcare Community Plan 在做出醫療服務方面的決定時需要遵守政策和程序。UM 醫生和護士根據您的承保範圍和病情需要做出決定。目的是確保服務為醫療所必需，在合適的場所提供服務，以及提供優質護理。

我們希望協助您保持健康。如果您生病，我們希望您可以康復。

- UnitedHealthcare Community Plan 不會向員工支付限制您護理的額外費用。
- 若網絡醫生限制了您的護理，那麼他們不會收到額外的付款或報酬。

如果您有關於 UM 決定或程序方面的疑問，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

住院護理

當您去醫院時：

- 如果您的住院護理非緊急情況，主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 將為您制定執行計畫。
- 如果您的住院護理是緊急情況，您、家庭成員或朋友必須在 24 小時內或盡快告知 UnitedHealthcare Community Plan。

當您在緊急情況下去往醫院時，為何需告知 UnitedHealthcare Community Plan？

- 因為這樣 UnitedHealthcare Community Plan 才會為所承保的服務付款。
- 因為這樣 UnitedHealthcare Community Plan 才可保證您得到隨訪護理。

知情同意

同意表示您「答應」治療。知情同意表示已向您解釋並且您瞭解治療內容。

- 在進行任何治療之前，您需要表示同意。
- 有時您可能需要以書面形式表示同意治療。
- 如果您不想接受治療，您的 PCP 將和您討論並告訴您其他選擇。
- 您有表示同意或反對的權利。

美國以外沒有醫療承保

您在國外接受的任何健康護理服務均不由 UnitedHealthcare Community Plan 承保。對於您在國外接受的任何醫療服務，Medicaid 均不能支付。

可用服務

UnitedHealthcare Community Plan 還向其會員提供以下額外服務及／或福利：

牙科服務

所有會員每六個月接受日常牙科檢查和清洗。一些非日常牙科服務可能需要事先授權。請參閱提供者名錄中的 UnitedHealthcare Community Plan 網內牙科提供者名單，安排您的牙科預約。

眼科服務

所有會員每 12 個月接受一次眼科檢查。每 12 個月，他們還可選擇眼鏡或任何類型隱形眼鏡的 \$125 零售津貼（必須一次用完）。UnitedHealthcare Community Plan 還免費額外為您提供一個 Medicaid 承保範圍之外的鏡框。請參閱提供者名錄中的 UnitedHealthcare Community Plan 網內驗光師名單，安排您的眼科預約。

交通服務

如果您需要乘車前往 PCP 或其他醫療提供者處，我們也許能夠協助您。UnitedHealthcare Community Plan 將為您免費提供每年往返於 PCP、WIC、藥局或其他參與健康護理提供者（如視力和牙科）處的 30 英里單程或 15 英里往返交通服務。在進行 Medicaid 重定訪視時您還可申請出行協助。

如果自您家到接受承保的健康護理服務處必須遠行 30 英里及以上，那麼 UnitedHealthcare Community Plan 將為您提供往返提供者辦公室的出行交通服務。這些服務必須為醫療所需且在您的服務區無法取得的情況下才會提供。您還必須進行預約（緊急／應急護理除外）。請您於預約援助服務至少 48 小時前聯繫會員服務，電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

UnitedHealthcare Community Plan 除提供出行援助服務外，會員還可透過當地的工作和家庭服務郡分部非急症出行 (Non-Emergency Transportation, NET) 服務項目接受某些服務出行援助。有關 NET 服務方面的問題或援助，請致電工作和家庭服務郡分部。

會員事務

UnitedHealthcare Community Plan 為會員提供會員問題代表。會員們可聯繫其專屬會員問題代表或透過撥打 1-800-895-2017（聽障專線：711）與專門會員服務組的任何人談話。您的會員問題代表還可解釋以下事情：

- 訂購新 ID 卡
- 更換 PCP
- 有關參與提供者的資訊
- 如何取得專業護理
- 如何提出申訴或上訴

您的會員問題代表還會與您定期聯繫以確定您是否能從我們的任何護理管理服務中受益。

精神健康和藥物濫用服務

如果您需要精神健康及／或藥物濫用服務，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。您還可以在我們的網站

www.myuhc.com/communityplan

或提供者名錄中找到其他 UnitedHealthcare Community Plan 提供者。或者您可以直接自行轉診至俄亥俄州精神健康和成癮服務部門 (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) 認證的社區精神健康中心或認證的治療中心。請查看提供者名錄或致電會員服務以取得您附近的機構名稱和電話號碼。

如果您決定使用俄亥俄州精神健康和成癮服務部門 (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) 認證的社區精神健康中心，您不需要得到門診治療的事先授權。精神健康或藥物濫用提供者必須先得到 UnitedHealthcare Community Plan 的事先授權，您才可以從這些提供者處取得其他服務。這包括非急症住院、重症門診、門診 ECT（電痙攣治療）、心理測試和家庭健康服務。

耐用醫療器材，家庭健康服務

請聯繫您的主要護理提供者（醫生）以取得耐用醫療器材（即拐杖、輪椅）或家庭健康服務。您的醫生將聯繫 UnitedHealthcare Community Plan 以取得授權。

醫療上需要的救護車服務

這些醫療服務：

- 對於預防、診斷、預防惡化、減緩、矯正或治癒病情（危及 UnitedHealthcare Community Plan 會員生命、引起痛苦或疼痛、導致殘障或機能障礙、可能導致或加重殘障，或造成疾病或虛弱）至關重要；
- 在適於 UnitedHealthcare Community Plan 會員病情治療的機構處以適當的護理等級提供；以及
- 依據普遍接受的醫療實踐標準提供。
 - 位於獨立生產中心的獨立生產中心服務部。會員應致電會員服務以確定在俄亥俄有無合格的中心。
 - 如果會員需要護理機構服務，則應致電會員服務以取得有關可用提供者的資訊。
 - 暫時休息福利包括短期、暫時解除 21 歲以下人士的主要護理者，以協助備餐和親身實踐在兒童暫時休息／監督期間提供的援助；服務可按計畫或在緊急情況下於兒童家中由參與的 Medicaid 提供者（Medicaid 認證的家庭健康機構或其他認可機構）僱傭的人士提供。暫時休息服務不可由對兒童具有法律責任的家庭成員或養育護理人提供。在提供暫時休息服務時，提供者必須保持清醒，且不能提供通宵服務。限制範圍為每月暫時休息不得超過 24 小時，每日曆年不得超過 250 小時。

可用服務 (續)

會員暫時休息福利的合格條件：

- 21 歲以下兒童且確定具有 SSI 資格
- 參與了 Medicaid Managed Care Organization 護理管理計畫
- 與一名非正式、不收費的主要護理者同住
- 由 MCO 確定符合護理機構等級
- 由 MCO 確定至少每週需要進行一次專業護理或專業康復服務
- 於申請休息服務之日前至少連續 6 個月，每週至少接受過 14 小時家庭健康助手服務。
- 由於長期服務和支持的需要，或者為了避免提供機構或家外安置，MCO 已經決定，主要護理提供者需要暫停對該兒童的護理。

某些醫療必需的服務必須取得事先授權，您才能接受這些服務。有關事先授權的更多資訊請參見本手冊的第 14 頁。

自行轉診服務

在 PCP 未將您轉診或推薦至其他醫生的情況下，您能夠接受某些服務。這些被稱為自行轉診服務。在 PCP 未將您轉診或推薦至其他醫生的情況下，您能夠接受的服務示例如下：

- 牙科護理
- 視力保健
- 由女性健康專家（產科、婦科、合格的助產護士）提供的女性日常和預防性健康護理服務
- 專業護理（化學治療和疼痛治療專業服務除外）
- 緊急護理
- 由合格的家庭計畫提供者 (Qualified Family Planning Providers, QFPP) 提供的服務
- 精神健康和藥物濫用服務
- 聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Centers, FQHC)／鄉村保健診所 (Rural Health Clinics, RHC) 提供的服務
- 透析
- 輻射治療
- 乳房 X 光

您必須到參與提供者處取得緊急護理之外的所有自行轉診服務或聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Centers, FQHC)／鄉村保健診所 (Rural Health Clinics, RHC)、合格的家庭計畫提供者 (Qualified Family Planning Providers, QFPP)、俄亥俄州精神健康和成癮服務部門 (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) 認證的治療中心（Medicaid 提供者）提供的服務。參與提供者是您 UnitedHealthcare Community Plan 名錄上所

列的提供者。提供者名錄包括腫瘤學家、婦科醫生、驗光師、牙醫和心理學家等專家。如果發現您的提供者未列出，請致電會員服務或造訪網站 www.myuhc.com/communityplan 以查明您的提供者現在是否接受 UnitedHealth Community 計畫。為了確保您接受最好的護理，請將前往專家或其他提供者處的任何自行轉診訪問情況告知您的 PCP。您的 PCP 可以藉此協助協調您的健康護理。如果您就診的不是參與 UnitedHealthcare Community Plan 的提供者，則這些服務可能需要事先授權。

婦女、嬰兒及兒童 (Women, Infants and Children Program, WIC) 計畫

WIC 計畫是針對婦女、嬰兒和兒童的特別營養補充計畫。WIC 計畫提供免費營養食物、母乳餵養支持、營養教育和健康護理推薦。如果您是孕婦，請在赴約時讓您的醫生填寫 WIC 申請。如果您有嬰兒或兒童，請讓您的醫生填寫 WIC 申請或撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）取得更多與 WIC 計畫有關的資訊。我們的會員服務工作人員也可向您提供有關 Help Me Grow 計畫的資訊。

成人擴展群體會員的其他福利

當醫療需要時，無限制地為成人擴展群體承保機構服務、特別護理機構和智障人士的中間護理機構 (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID) 服務。

護理機構 (Nursing Facility, NF) 服務：OAC 規則 5160-26-02 和 5160-26-03 容許 ODM 根據其收到的申請將會員除名。對於現有 CFC 和 ABD 人群，MCP 會員可能會在連續停留護理機構第二個月後退出，並在符合特定要求時透過付費服務（fee for service, FFS）計畫接受承保。然而，成人擴展 MCP 會員不會退出，並且只要他們保持符合成人擴展 Medicaid 類別中的條件，就會在整個任何醫療所需的 NF 停留持續期間繼續參加管理式護理計畫。ICF-IID 加入許可：如果您清楚知道成人擴展會員可加入 ICF-IID 機構，請立即聯繫 ODM，ODM 將與 MCP 共同決定承保的下一步。

心理學家服務

成人沒有心理學家服務方面的福利限制（也稱為「硬性限制」）；必須向所有成人擴展會員無限制地提供醫療必需的心理學家服務。該福利被設計為沒有硬性限制以便保證符合聯邦精神健康均等及成癮治療平等法 (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) 要求。

您的健康計畫福利

UnitedHealthcare Community Plan 承保的服務

身為 UnitedHealthcare Community Plan 會員，您將繼續接受為您免費提供的所有醫療所必需 Medicaid 承保服務。在接受這些服務前，您可能需要也可能不需要事先授權。請參閱以下圖表確定您的福利是否需要事先授權。

不需要事先授權 (PA) 的服務

UnitedHealthcare Community Plan 鼓勵您與您的 PCP 一起合力協助取得這些服務。然而，並不需要您在接受這些服務前去拜訪您的 PCP。

服務	承保情況
合格的助產護士服務	承保
合格的執業護士服務	承保
化學治療	承保
牙科服務	每六個月進行日常檢查和清洗。一些非日常牙科服務可能需要事先授權。
緊急服務	承保
眼科檢查、日常視力（視覺）服務，包括眼鏡*	每 12 個月 1 次檢查和 1 副眼鏡或任何類型隱形眼鏡的 \$125 零售津貼（全部福利必須一次用完）。必須用於視力矯正，不可僅用於美容。額外補充可能需要事先授權。
家庭計畫服務和用品	承保
聯邦合格健康中心或鄉村保健診所服務	承保

服務	承保情況
位於獨立生產中心的獨立生產中心服務部	請致電會員服務以查詢合格的診所
小兒康復	CMS 批准 Medicaid 州計畫，計畫包括物理治療、職業治療和言語治療服務訪視範圍內的小兒康復訪視。
家庭健康服務	醫療需要時，MCP 必須提供 Medicaid 州計畫中陳述的事先授權限制（也稱為「硬性限制」）之外的其他專業護理或家庭健康助手服務。
免疫接種（注射疫苗）	承保
精神健康和藥物濫用服務	*不是在俄亥俄州精神健康和成癮服務部門 (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) 認證中心提供的精神健康和藥物濫用服務需要得到事先授權。
產科（母性保健 — 產前和產後，包括風險妊娠服務）和婦科服務	承保
就業或參加工作訓練項目所需要的身體檢查	在未取得其他來源免費提供體檢的情況下可承保
足醫術（足部）服務	承保
預防性乳房 X 光（胸部）和子宮頸癌（巴氏塗片）檢查	承保
主要護理提供者服務	承保

您的健康計畫福利（續）

服務	承保情況
腎透析（腎臟疾病）	承保
暫時休息服務	承保。這項服務適用於 21 歲以下的 SSI 會員
肥胖篩查和諮詢	承保
專科醫生服務	大多數情況下在網內承保
每年健康成人檢查	承保
21 歲以下兒童及青少年的健康兒童檢查 (Healthchek)	承保

需要事先授權 (PA) 的服務

在您接受以下服務之前，您的醫生必須致電 UnitedHealthcare Community Plan 採納管理部門 (UnitedHealthcare Community Plan's Utilization Management Department) 取得批准，電話：1-800-366-7304。

服務	承保情況
捏脊（背部）服務	對於 21 歲及以上的成員，每日曆年承保 15 次探訪服務。
兒童（從初生兒至六歲）發育治療服務	承保
家庭健康服務	承保
臨終護理（護理絕症患者，如癌症患者）	承保
住院服務	承保
醫學上必要的整容或整形手術	承保（為確定治療而進行的初次整形手術辦公室探訪無需事先授權。）
短期康復留院的護理設施服務	承保長達 60 天（入院後的月底）。 例如：如果 3 月 3 日入院，承保時間為自入院日起持續至 4 月 30 日。
疼痛管理專科醫生服務	承保
物理及職業治療	承保
言語及聽覺服務，包括助聽器	承保

您的健康計畫福利（續）

可能需要事先授權 (PA) 的服務

在您接受以下服務之前，可能需要取得批准，具體取決於所需的護理等級。請到主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 處就診。

服務	承保情況
救護車以及輕型救護車運輸	承保
診斷服務（如 X 光、實驗室）	承保
耐用醫療器材	承保
醫療用品	承保
醫院門診服務	承保
門診手術	承保
處方藥，包括某些規定的非處方藥	承保詳情請參閱首選藥物目錄。 www.myuhc.com/communityplan
醫療障礙兒童服務（法案 V）	承保

UnitedHealthcare Community Plan 或俄亥俄 Medicaid 未承保的服務

UnitedHealthcare Community Plan 不會對未遵循本手冊指示情況下接受的服務或用品支付相關費用。UnitedHealthcare Community Plan 不會對 Medicaid 未承保的以下服務支付相關費用：

- 除已報案的強姦、亂倫或醫學上為挽救母親生命所必需情況之外的流產
- 針灸和生物反饋服務
- 醫學上非必要的所有服務或用品
- 協助自殺服務，定義為導致或協助導致個體死亡的服務
- Medicaid 未承保以及不符合慣常實踐標準的實驗服務和程序，包括藥物和器材
- 男性或女性不孕不育服務，包括自願絕育的逆轉
- 為停用藥物及／或酒精而進行的住院治療（在綜合醫院進行住院排毒服務在承保範圍內）
- 親子鑒定
- 醫學上不必要的整容或整形手術
- 肥胖治療服務，除非經確定具有醫學必要性
- 尋求死因（驗屍）的服務或與法醫研究相關的服務
- 由 Medicare 或其他第三方支付方確定為醫學上非必要的服務
- 性愛或婚姻諮詢
- 21 歲以下或法律程序不允許的自願絕育

本目錄並非 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 不承保服務的完整目錄。如果在某一服務是否承保方面存在疑問，請致電會員服務。

更多資訊，請造訪俄亥俄州
網站 benefits.ohio.gov。



取得處方藥

處方藥

雖然 UnitedHealthcare Community Plan 含蓋所有醫學上必要的 Medicaid 承保藥物，但我們使用了一份首選藥物目錄 (PDL)。這些藥物是我們希望提供者開具的處方藥。此外，我們還可能要求提供者向我們提交資訊（事先授權申請），以解釋需要特定藥物及／或定量藥物的原因。必須在我們批准申請後，您才可取得相關藥物。我們對藥物進行事先授權的原因包括：

- 可提供通用藥物或藥局替代藥物，
- 藥物可能會誤用／濫用，
- 有其他必須首先嘗試的藥物。
- 存在可能更適用於您狀況的其他藥物。

一些藥物還可能具有數量限制，且某些藥物從未取得承保，如減肥藥物。

此外，我們還對某些類別的藥物施加限制。在 30 天期限內，您可以填補以下任何四類藥物：

- 鴉片類鎮痛藥
- 苯二酚類藥物
- 鎮靜催眠藥
- 巴比妥類藥物
- 選擇肌肉鬆弛劑

額外配藥將需要事先授權。這四類藥物也受相應數量限制。

如果我們未批准藥物的事先授權申請，會寄給您您關於如何對決定提出上訴以及您的州聽證會權利的資訊。

欲取得與 PDL 以及需要事先授權的藥物相關的資訊，請致電會員服務。還可以造訪我們的網站 www.myuhc.com/communityplan。選擇您的計畫。然後選擇「Find a Drug（查詢藥物）」。請注意，PDL 和需要事先授權的藥物目錄可能會發生變更，因此當您需要配藥／再配藥時，您及／或您的提供者務必要檢查此資訊。

協調服務項目

UnitedHealthcare Community Plan 向服務使用量或使用頻率超過醫療所需的會員提供護理管理。這樣做的目的是為了您得到經協調的高品質健康護理。如果您選擇成為本計畫的一員，那麼計畫會向您分配一名護理員。在您開始本計畫的日期之前，護理員會與您取得聯繫。

如果您成為本計畫的一員，那麼您將會收到一封要求您選擇藥局及確認您 PCP 的信函。如果自信函郵寄之日起 30 天內，您未選擇藥局，那麼 UnitedHealthcare Community Plan 將根據以下條件為您選擇一家網絡藥局：

- 您曾去過的地方
- 24 小時開放（如果可能）
- 靠近您家

在您開始本計畫的日期前，您將會取得一張列出您的藥局和 PCP 的新 ID 卡。如果需要更換 ID 卡上的藥局，請致電會員服務：1-800-895-2017（分機：711）。將根據個人情況將對更換藥局申請進行審核。

選擇本計畫的會員將收到有關此項目更多詳請的郵件，並會告知會員關於州聽證會權利的細節。

UnitedHealthcare Community Plan 項目和服務

品質改善

UnitedHealthcare Community Plan 希望您能取得優質的健康護理及服務。我們會認真探討您從醫生和其他健康護理提供者處取得的護理服務。尋求可讓您取得更好服務的方式，發現並解決任何問題。

有關 UnitedHealthcare Community Plan 品質改善計畫的說明、如何實現目標的資訊或實踐指南的資訊，請將信件寄至：

**UnitedHealthcare Community Plan
Quality Improvement**
9200 Worthington Road, 3rd Floor
Westerville, Ohio 43082

疾病以及護理管理計畫

UnitedHealthcare Community Plan 為需要特殊健康護理的兒童和成年人提供護理管理服務。我們的 Personal Care Model™ 為患有嚴重健康問題及／或持續存在健康狀況的會員提供護理。希望我們的會員可以享受最高品質的生活。

UnitedHealthcare Community Plan 護理員能為您提供哪些服務？

- 確定您特殊需求的健康評估
- 視需要進行電話聯絡和家訪
- 協助尋找社區資源以及家庭健康護理
- 醫療運輸協助

- 根據需要或按照醫師的指示，安排耐用醫療器材 (DME) 和其他服務
- 協助按時赴約
- 新生兒重症監護室／病例管理
- 高風險妊娠護理管理
- 保健教育和教材
- 以下狀況的疾病管理計畫
 - 氣喘
 - 糖尿病
 - 慢性阻塞性肺病（肺疾病）
 - 心臟衰竭
 - 腎臟病
 - 行為健康

UnitedHealthcare Community Plan 可能會向您詢問一些問題，以瞭解更多有關您狀況的資訊。如果您或您的醫生申請電話聯絡或我們認為具有對您有益的護理管理服務，那麼我們可能會與您聯絡。UnitedHealthcare Community Plan 人員會與您的 PCP 以及其他服務提供者交談以協調護理服務。疾病和護理管理人員可能包括護士、護理管理員、健康教練、社會工作者以及行為健康團隊成員。

My Advocate™

My Advocate™ 可協助會員瞭解並參與其社區的省錢社會項目，如食物、住宿、實用折扣、免費無線手機項目以及兒童保育項目。

要取得即時 Advocate 狀況，請致電 1-855-759-5342，或登入網站 myadvocatehelps.com。透過聯絡超過 7500 個公共或私人贊助的社會計畫，My Advocate™ 代表可以協助全國各地面臨經濟問題的越來越多低收入人士、老年人以及殘障人士減輕大量負擔。

您需要協助嗎？

如有任何關於護理管理服務的問題或如果認為您會從中受益，請致電我們。有關我們寄畫的更多資訊，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

如果您即將生產

Healthy First Steps™（針對懷孕會員的計畫）

健康的媽媽更可能擁有健康的寶寶。在孕期這一重要階段，女性一定要照顧好自己及其未出生的嬰兒。有些女性在懷孕期間可能有引發問題的風險因素。這些問題可能會導致早產。嬰兒出生太早可能會生病或必須住院。我們希望媽媽和寶寶都能保持最佳健康狀態。

我們為懷孕會員提供了特殊項目。我們的 Healthy First Steps™ 項目可為懷孕女性提供懷孕期間所需的資訊、教育以及支援。如果您已懷孕，請撥打 Healthy First Steps™ 電話 1-800-599-5985 報名參加。

我們希望幫您在懷孕期間保持健康。工作人員會協助您取得所需要的護理。我們還可幫您做好接生準備並照料您的孩子。

如果認為您已懷孕，請務必盡早告知醫生。如果您在找醫生或預約遇到困難，我們可以為您提供協助。我們還可幫您查找社區服務（如WIC）以及社會服務。

Healthy First Steps™ 可幫您在懷孕期間保持最佳健康狀態。

Healthchek

Healthchek 是俄亥俄早期和定期篩查、診斷以及治療 (EPSDT) 福利項目。

Healthchek 針對具備 Medicaid 資格且未滿 21 歲的所有人提供醫學檢查、免疫接種（注射疫苗）、健康教育以及實驗室檢查服務。為確保兒童健康且身心發展，這些檢查非常重要。孕婦應進行產前檢查，且在孩子出生時、出生後 3 - 5 天以及 1、2、4、6、9、12、15、18、24 和 30 個月時對孩子進行檢查。之後，孩子應該每年至少進行一次檢查。

除針對檢查發現的身體、精神或其他問題或狀況進行處理所需的護理外，Healthchek 還可提供全面的醫療、視力、牙齒、聽力、營養、發育以及精神健康檢查。

Healthchek 含蓋的檢查和治療服務可能不對 20 歲以上人員提供；其中一些檢查和治療服務可能需要事先授權。

UnitedHealthcare Community Plan 計畫和服務 (續)

Healthchek 服務為會員免費提供，包括：

- 新生兒、嬰幼兒、兒童、青少年以及年輕成人（未滿 21 歲）的預防性檢查。
- Healthchek 篩查：
 - 全面醫療檢查（身體和精神健康發展的檢查）
 - 視力檢查
 - 牙齒檢查
 - 聽力檢查
 - 營養檢查
 - 發育檢查
 - 鉛檢查
- 針對某些年齡段的實驗室檢查。
- 免疫
- 針對在處理篩查期間發現的身體、精神或其他健康問題，進行醫學上必要的隨訪護理。這可能包括但不限於以下服務：
 - 探訪主要護理提供者、專科醫師、牙醫、驗光師以及其他 UnitedHealthcare Community Plan 提供者，以診斷並處理相關問題
 - 住院或門診護理
 - 就診
 - 處方藥
 - 實驗室檢查
- 健康教育

接受預防性體檢和篩查非常重要，您的提供者可以藉此提早發現任何健康問題並在問題加重之前進行治療或轉診至另一專家進行治療。一些服務可能需要從您的主要護理提供者 (PCP) 進行轉診或取得

UnitedHealthcare Community Plan 的事先授權。同樣，對於一些 EPSDT 項目或服

務，提供者可能要申請 UnitedHealthcare Community Plan 的事先授權才可含蓋存在限制或對於 20 歲以上會員而言不在含蓋範圍之內的相關內容。關於需要轉診及／或事先授權的服務，請參閱第 23 - 24 頁。

做為 Healthchek 的一部分，可向所有需要特殊健康護理的 21 歲以下會員提供護理管理服務。欲瞭解關於 UnitedHealthcare Community Plan 提供的護理管理服務的更多資訊，請參閱第 28 - 32 頁。

UnitedHealthcare Community Plan 會在取得 Healthchek 篩查和任何隨訪服務方面為您提供所需協助。請撥打 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）查看您是否具備 Healthchek 資格以及與如何取得 Healthchek 服務相關的資訊接收資格。還可聯繫您的主要護理提供者 (PCP) 預約 Healthchek 檢查。請確保在撥打電話時申請 Healthchek 檢查。與主要護理提供者 (PCP) 和牙醫預約進行定期檢查非常重要。如果孩子不足 2 歲，那麼讓孩子接受定期 Healthchek 訪視，還可能有資格取得禮品獎勵。有關更多資訊，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

我們可以幫您尋找醫生、牙醫或健康護理專家。我們會打電話提醒您孩子的 Healthchek 篩查預定時間。如果在預約方面需要幫忙，我們會提供協助。如果因交通問題而無法赴約，可向我們申請交通協助。如果懷疑孩子出現問題，即使非預約時間也可安排 Healthchek 訪視。這將有助於提早發現並處理任何問題。

若想瞭解更多關於 Healthchek 或關於如何取得 2 歲以下兒童 Healthchek 訪視相關獎勵的資訊，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

Baby Blocks™ 計畫給孩子一個健康的起點

如果您是已懷孕的 UnitedHealthcare Community Plan 會員，那麼您可取得 Baby Blocks™ 禮品。在加入時，可取得孩子的禮品卡或其他酷炫裝備。隨後在懷孕期間及孩子出生後前 15 個月內，在醫生訪視時可另取得多達七份禮品。在您和孩子取得保持健康所需的護理服務的同時還可獲得大禮。若想參與，請登入 www.uhcbabyblocks.com。然後點擊「Sign up（註冊）」。

Dr. Health E. Hound® 計畫

Dr. Health E. Hound® 是我們引以為傲的幸運計劃。Health E. Hound 醫生的目標是協助教導孩子保持健康的有趣方式。Health E. Hound 醫生樂於周遊各州並接觸各年齡段的孩子。他喜歡分發傳單、海報、貼紙和彩色書籍，以此提醒孩子多吃健康食物並運動。此外，他還會協助孩子明白就醫體檢和注射疫苗也是保持健康的重要方式。

您和您的家人可在我們的一些健康計劃活動中親自見到 Health E. Hound 醫生。我們希望您能參加活動並瞭解健康飲食和運動的重要性。參加這些活動時可隨身攜帶相機並與 Health E. Hound 醫生合影。

Community Rewards™

協助孩子取得健康的人生起點。並可獲得玩具、遊戲、電子產品和其他禮品的點數。實施方式如下：

- 孩子完成刷牙、健康飲食及夜間優質睡眠等活動即可得到點數。
- 父母完成朗讀歡迎詞、聯繫 NurseLine™ 以及帶孩子就醫接受健康兒童訪視等活動即可得到點數。
- 使用計算機或智能手機記錄您及家人所做的每項活動。
- 每天做些事情，您及家人的點數即會增加。
- 使用點數給予孩子或自己獎勵。可從玩具、電子產品、廚房用具、健身器材及其他禮品中做選擇。

就這麼簡單。禮品豐厚。不過，現在所做的一切都是為了孩子的健康。

請登入 UHCCommunityRewards.com 參與。21 歲及以下且是 UnitedHealthcare Community Plan 會員的所有兒童均可登記報名。需要取得每名兒童的會員 ID 號碼。

UnitedHealthcare Community Plan 計畫和服務 (續)

會員諮詢委員會

會員諮詢委員會用於確保 UHC 在複雜護理項目設計和交付系統中積極將客戶、家人、宣傳組織和其他利益相關者列為合作夥伴。

參與人員

- UnitedHealthcare Community Plan 會員
- UnitedHealthcare Community Plan 會員的家人和照料者。
- 社區和客戶宣傳組織代表

參與者擁有的權利：

- 與 UnitedHealthcare 團隊分享提供意見和建議。
- 參加與 UnitedHealthcare 領導者所領導，有關健康和保健的每月電話會議。
- 參加年度區域會議。
- 報名參加免費宣傳訓練。

有關諮詢委員會的資訊，請撥打會員事務部電話 1-800-895-2017（分機 6、7 或 8）。

Kickoff to Good Health 計畫

做為新計畫會員，您可取得接受重要體檢的福利積分。這些積分可用於健康福利目錄 (Health Benefit Catalog) 中的各種不同產品服務，如個人衛生／護理服務、兒童護理項目、安全服務以及一般保健項目，無需付費。在成為會員後的前 90 天內到您的會員 ID 卡上的 PCP 處就診，以此可取得用於在健康福利目錄中消費的福利積分。到 PCP 處就診後，如果在前 6 個月內還到參與牙醫和參與視覺服務提供者處就診，則每次就診時同樣可取得福利積分。必須在 90 天內到 ID 卡上的 PCP 處就診才可取得積分資格。如果需要更換 ID 卡上的 PCP，請在訪視之前聯繫會員服務。

本計畫可向過去 12 個月中未參與計畫的新會員提供。新會員會在郵件中取得計畫的相關資訊，包括關於如何取得積分以及在授予積分後如何訂購服務項目的資訊。在每年的一月和七月進行福利積分的兌獎工作。所有授予的積分均必須一次性使用。福利積分會在授予 12 個月後失效。必須是當前會員才可使用福利積分。

會員資訊

會員資訊變更

如果您的以下資訊發生變更，請以電話或書信方式告知 UnitedHealthcare Community Plan：

- 地址
- 電話號碼。

MCP 會員自動續約

如果失去 Medicaid 資格但在 60 天內又重新取得，那麼您將再次成為 UnitedHealthcare Community Plan 會員。

家庭人數變更

如果家庭人數發生變更（結婚、離婚、生育、領養和死亡），請聯繫並告知當地工作和家庭服務郡分部 (CDJFS)。還應撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）並告知我們。

終止 MCP 會員資格

做為管理式護理計畫的會員，您有權選擇在一年中的某些時間終止會員資格。您可以選擇在成為會員後的前三個月內或當地年度公開報名月份終止會員資格。Ohio Department of Medicaid 會向您發送郵件以告知具體的年度公開報名月份。如果居住在強制性報名區域，您必須選擇另一管理式護理計畫才可取得健康護理服務。

若想在成為會員後的前三個月內或當地開放報名月份終止會員資格，可以撥打 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) 聯繫 Medicaid Hotline。還可透過 Medicaid Hotline 網站 www.ohiomh.com 在線提交申請。大多數情況下，如果在當月最後 10 天之前撥打電話，那麼您的會員資格會在下月首日終止。如果在此時間之後撥打電話，那麼您的會員資格會在之後第二個月的首日終止。如果選擇另一管理式護理計畫，新計畫將在您的會員資格開始日期之前透過郵件向您發送相關資訊。

選擇新計畫

如果您在考慮終止會員資格以轉至另一健康計畫，那麼您應對相關選擇有所瞭解。特別是在您想保留當前醫生的情況下，更應如此。請注意，每項健康計畫均有各自可供您利用的醫生和醫院列表。此外，每項計畫均有解釋其所提供福利及所定規則的書面資訊。若想取得與考慮加入的健康計畫相關的書面資訊或只是想就健康計畫進行相關詢問，您可以聯繫相關計畫，也可撥打 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) 與 Medicaid Hotline 聯繫。還可透過造訪 Medicaid Hotline 網站 www.ohiomh.com 取得關於當地健康計畫的資訊。

會員資訊 (續)

正當會員資格終止

有時可能由於特殊原因，您需要終止健康計畫會員資格。這稱為「正當」會員資格終止。在申請正當會員資格終止之前，必須首先聯繫您的管理式護理計畫並給他們解決問題的機會。如果他們無法解決問題，您可隨時因以下任一原因申請正當終止：

1. 您已搬家而您當前的 MCP 無法在現在的居住地區提供服務，但您必須要在新地區於 MCP 會員資格終止之前接受非緊急醫療護理。
2. 出於道德或宗教禁忌，MCP 不含蓋您所需要的醫療服務。
3. 醫生指出，您所需的某些醫療服務必須同時提供而所有這些服務均不在您的 MCP 名單提供範圍內。
4. 您擔心得不到優質護理服務以及所需服務不在 MCP 名單中另一提供者的提供範圍之內。
5. 無法取得在醫療方面必需的 Medicaid 含蓋服務以及無法接觸在處理您的特殊健康護理需求方面經驗豐富的提供者。
6. 所選的 PCP 不再包括在您的 MCP 名單之中，而他／她曾是您的 MCP 中唯一所講語言相同且相距不遠的 PCP。在另一健康計畫中，其名單包含的一名 PCP 所講語言與您相同且相距不遠，並會接受您做為其所收患者。
7. 其他 — 您認為繼續做為當前健康計畫的會員對自己有害且不符合自己的最佳利益。

透過撥打 Medicaid Hotline 電話 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572)，即可申請正當會員資格終止。Ohio Department of Medicaid 將會審核您的正當會員資格終止申請並決定是否符合正當原因要求。將以郵寄方式寄給您一封信件並告知 Ohio Department of Medicaid 是否會終止您的會員資格以及終止日期。如果居住在強制性報名區域，您必須選擇另一管理式護理計畫才可接受健康護理服務，除非 Ohio Department of Medicaid 另有不同說明。如果正當原因申請遭拒，Ohio Department of Medicaid 會向您發送與對此決定提出上訴的州聽證權相關的資訊。

終止會員資格時需牢記的事項

如果您已按照上述任意步驟終止會員資格，那麼請牢記：

- 可繼續享有 UnitedHealthcare Community Plan 醫生和其他提供者服務直至成為新健康計畫的會員或重新恢復正規 Medicaid 會員資格。
- 如果已選擇新健康計畫但在成為新計畫會員的當月首日之前尚未收到會員 ID 卡，請聯繫本計畫的會員服務。如果他們無法提供協助，請撥打 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) 與 Medicaid Hotline 聯繫。
- 如果您已被容許重新使用正規 Medicaid 卡且尚未收到新 Medicaid 卡，請聯繫郡個案工作者。
- 如果已選擇新健康計畫且已做好任何醫療訪視安排，那麼請聯繫新計畫以確保這些提供者包含在新計畫的提供者列表中並已完成所需的任何文書工作。例如，在下列情況中您應與新計畫取得聯繫：與新醫生預約就診，安排手術、驗血或 X 射線檢查，特別是當您是一名孕婦時。
- 如果您已被容許重新使用正規 Medicaid 且已做好任何醫療訪視安排，請聯繫提供者以確保他們會接受正規 Medicaid 卡。

可選的會員資格終止選項

十九 (19) 歲以下兒童和青少年在以下情況中可以選擇不加入管理式護理計畫：

- 接受寄養或收養補助（法案 IV-E）；
- 處於寄養或家外安置情況；或
- 接受俄亥俄州衛生部醫療障礙兒童機構 (BCMH) 提供的服務。

此外，對於聯邦公認的印第安部落成員，無論年齡大小，均可選擇不加入管理式護理計畫。如果您認為您／孩子符合上述任一標準且不想加入管理式護理計畫，請撥打 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) 與 Medicaid Hotline 聯繫。如果有人符合上述標準且不想成為 MCP 會員，那麼他們的會員資格將被終止。

排除 - 未獲許加入 MCP 的人員

- 擁有 Medicaid 和 Medicare 項目的雙重資格；
- 入住相關機構（私人療養院、長期護理設施、ICF-MR 或某些其他類型機構）；

會員資訊 (續)

- 透過將收入或資源減至符合 Medicaid 項目經濟資格要求，以此具有 Medicaid 資格；或
- 接受 Medicaid Waiver 服務。
- 接受俄亥俄州衛生部醫療障礙兒童機構 (BCMH) 提供的癌症、囊泡性纖維症或血友病診斷服務。

如果您認為您符合上述任一標準且不應加入管理式護理計畫，請務必撥打 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) 聯繫 Medicaid Hotline。如果符合上述標準，則您的 MCP 會員資格將被終止。

UnitedHealthcare Community Plan 能否終止我的會員資格？

UnitedHealthcare Community Plan 可能會出於某些原因而申請 Ohio Department of Medicaid 終止您的會員資格。在終止會員資格之前，Ohio Department of Medicaid 必須對申請進行確認。UnitedHealthcare Community Plan 申請終止會員資格的原因包括：

- 欺詐或濫用 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡
- 做出不合作或破壞性行為，以致 MCP 無法為您或其他會員提供服務。

UnitedHealthcare Community Plan 向我們的會員提供服務的原因在於其與 Ohio Department of Medicaid 已簽訂相關合同。若想聯繫 Ohio Department of Medicaid，您可寫信至以下地址：

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
或撥打電話
1-800-324-8680
聽障專線 (TTY)：1-800-292-3572

還可造訪 Ohio Department of Medicaid 網站 www.medicaid.ohio.gov。

您可聯繫 UnitedHealthcare Community Plan 獲取更多所需的任何其他資訊，包括 UnitedHealthcare Community Plan 的體系和運營以及我們向提供者付費的方式。若想向我們告知您認為我們應改變的相關項目，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017 (聽障專線：711)。

其他健康保險

(福利協調 - COB)

如果您或家人辦有其他公司的健康保險，**請務必**將保險情況告知會員服務及郡個案工作者。例如，如果您已工作且有健康保險或如果您的孩子透過其父母另一方有健康保險，那麼您需要聯繫會員服務並告知此資訊。

如果已失去先前報告的健康保險，也請務必告知會員服務及郡個案工作者。若不告知此資訊，可能會在獲取護理服務及付費方面產生問題。

UnitedHealthcare Community Plan 遵循俄亥俄州商業保險會員的保險指南。您的商業保險將被視為首要或優先承保。UnitedHealthcare Community Plan 是次要承保。在獲取醫療護理服務時，應遵循主要保險的相關指南。請務必向健康護理提供者同時出示這兩張保險卡。

提供者會首先開具主要保險帳單。主要保險支付獲准限額後，提供者將開具 UnitedHealthcare Community Plan 帳單。UnitedHealthcare Community Plan 將向提供者支付我們與提供者的合同中所商定的限額。

意外傷害或疾病

（代位求償）

如果 UnitedHealthcare Community Plan 會員因他人或企業所致的傷害或疾病而需就醫，那麼必須聯繫會員服務並告知我們。例如，如果在車禍中受傷、被狗咬傷或在商店中跌倒並受傷，那麼可能由另一家保險公司支付醫生及／或醫院帳單。

在您聯繫我們時，我們需要獲知過錯人的姓名、保險公司以及所涉代理人的姓名。然後，UnitedHealthcare Community Plan 將與您的用人單位或汽車保險公司以及其他健康計畫合作，確保支付相關帳單。

喪失 Medicaid 資格

請務必遵守與工作和家庭服務郡分部的預約。如果錯過預約或未提供他們所請求的資訊，則可能會喪失 Medicaid 資格。

如果發生此情況，那麼 UnitedHealthcare Community Plan 將被告知終止您的 Medicaid 會員資格，因而您將不再受 UnitedHealthcare Community Plan 的承保。如果在履行工作和家庭服務郡分部的重定訪視時需要出行協助，請撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711）。

失險通知

（信用承保證書）

在失去健康保險時，您均應收到原保險公司發送的一份稱為信用承保證書的通知，以此告知您不再享有保險。請務必在您的記錄中保留此通知副本，原因在於您可能需要應要求提供副本。

會員資訊 (續)

❗ 新會員資訊

若您在成為 UnitedHealthcare Community Plan 會員前的那一個月參加的是 Medicaid Fee-for-service 或已取得健康護理服務的批准及／或預約，務必立即致電會員服務（今日或盡快）。

在某些情況下以及您參加後的規定時間段內，我們可讓您從非 UnitedHealthcare Community Plan 名單上的提供者處接受護理。此外，我們還可讓您繼續接受已獲 Medicaid Fee-for-service 授權的服務。**然而，務必在接受護理前致電**

UnitedHealthcare Community Plan。

若您未致電聯絡我們，您可能無法接受該護理及／或可能無法報銷索賠金額。例如，若已取得以下健康護理服務的批准及／或預約，您需要致電會員服務：

- 器官、骨髓或造血幹細胞移植
- 妊娠後期產前（妊娠）護理，包括分娩
- 住院／門診手術
- 指定專業提供者
- 化學治療或輻射治療
- 最後 30 天中出院後治療

- 非常規牙科或視力服務（例如矯形支架或手術）
- 醫療器材
- 在家中接受的服務，包括家庭健康、治療和護理

參加後，您的 MCP 將告知您當前的所有藥物治療是否需要授權，而這些治療在由 Medicaid Fee-for-service 支付時無需事先授權。務必閱讀 MCP 提供的資訊，若您有任何疑問，聯絡您的 MCP 會員服務。您亦可瀏覽 MCP 網站，查明您的藥物治療是否需要事先授權。您可能需要到開藥者的辦公室接受隨訪，以向 MCP 提交事先授權申請（若需要）。若您的藥物治療需要事先授權，您無法取得此（類）藥物，直至提供者向 MCP 提交申請且取得批准。

欺詐和濫用

欺詐和濫用熱線

若要報告醫療提供者（例如：醫生、牙醫、治療師、醫院）或企業（醫療供應商）向具有 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡或 Medicaid 卡的任何人提供疑似欺詐和濫用的服務，可撥打俄亥俄州保險部門提供的免付費電話。電話號碼是 1-800-686-1527 或 614-644-2671。

亦可寫信至 ODI，地址是：

俄亥俄州保險部門：
Fraud Unit
2100 Stella Court
Columbus, Ohio 43215

此外，您可寄送透過以下鏈接取得的 UnitedHealthcare Community Plan 的紙版或電子表格：

<http://www.UHCCommunityPlan.com/assets/SpecialInvestigationReferralForm.pdf>

一些常見的欺詐和濫用示例如下：

- 向您結算或收取健康計畫承保之服務的費用
- 向您提供免費服務、器材或用品，以換取您的 Medicaid 號碼
- 為您提供您不需要的治療或服務
- 醫務人員實施身體、精神或性侵害
- 有人使用他人的 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。不必提供您的姓名，若已提供，亦不會告知提供者是您撥打的電話。



欺詐和濫用熱線

您亦可透過撥打免付費電話 1-877-766-3844 和留下詳細資訊的方式，向 UnitedHealthcare Community Plan 報告疑似欺詐和濫用行為。此外，這亦已經過設置，因此，無需提供姓名。

記住：切勿讓他人使用自己的會員 ID 卡。

權利與責任

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您擁有以下權利：

- 接受 UnitedHealthcare Community Plan 必須提供的所有服務。
- 尊嚴與隱私得到尊重和關心。
- 確保病歷資訊保密。
- 取得關於自己健康的資訊。此外，若資訊提供給您卻無法為您的健康帶來最大利益，資訊還可能提供給您已在法律上批准可以取得此資訊或您已指定應到達急診室的人。
- 能夠參與健康護理決策，除非這不符合您的最大利益。
- 以您可以密切關注的方式，取得關於任何醫療護理的治療的資訊。
- 確保當您獲取醫療護理時他人無法聽到或看到您。
- 免受聯邦法律中規定之以武力、懲罰、緩和或報復等手段採取的任何形式的限制或隔離的影響。
- 索要或獲取病歷副本，並能夠詢問病歷是否經過更改／修正（若需要）。
- 有權利決定是否提供關於自己的任何資訊，除非根據法律 UnitedHealthcare Community Plan 必須取得該資訊。
- 能夠拒絕治療或療法。若您拒絕，醫生或 MCP 必須告知您可能發生的情況，並且他們必須在您的病歷中對此情況進行記錄。
- 能夠提起上訴、申訴（投訴）或州聽證會。參見本會員手冊中「若您不滿意或不同意我們做出的決定，如何讓 UnitedHealthcare Community Plan 瞭解這一情況」一節，獲取相關資訊。
- 透過以下方式，能夠從計畫中獲取所有 UnitedHealthcare Community Plan 書面會員資訊：
 - 免費獲取；
 - 以 MCP 服務區中會員普遍使用的非英語語言
 - 以其他方式協助有特殊需要的會員，這些會員可能出於任何原因在閱讀資訊方面有困難。
- 獲取關於 UnitedHealthcare Community Plan 服務、我們的開業醫生與提供者以及會員權利與責任的資訊。
- 若您不會講英語或在理解資訊方面需要協助，能夠免費取得 UnitedHealthcare Community Plan 及其提供者的相應協助。
- 若您的聽力受損，能夠取得手語協助。
- 若健康護理提供者是一名學生，將會告知您這一情況，您能夠拒絕其提供的護理。
- 告知您任何實驗性護理，您能夠拒絕參與該護理。
- 做出預先指示（生前遺囑）。參見第 46 - 50 頁，此部分解釋了預先指示。還可聯絡會員服務獲取相關資訊。
- 向俄亥俄州衛生部提交關於未遵循您預先指示的任何投訴。
- 將您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 更換為

UnitedHealthcare Community Plan 名單上的另一位 PCP，至少每月一次。UnitedHealthcare Community Plan 必須向您寄送標明新 PCP 以及更換開始日期的書面材料。

- 自由行使您的權利，並瞭解到 MCP、MCP 的提供者或 Ohio Department of Medicaid 不會因此而對您抱有成見。
- 知道 MCP 必須遵循施行的關於隱私的所有聯邦與州法律及其他法律。
- 在可能和適當時選擇為您提供護理的提供者。
- 若您是女性，能夠向 UnitedHealthcare Community Plan 名單上女性的保健提供者諮詢承保的女性健康服務。
- 能夠從 UnitedHealthcare Community Plan 名單上的合格提供者處獲取二次鑒別診斷。若合格的提供者無法為您就診，UnitedHealthcare Community Plan 必須安排名單外的提供者進行診療。

- 從我們這裡獲取關於 UnitedHealthcare Community Plan 的資訊。
- 聯絡美國健康和人類服務部民權辦公室及／或 Ohio Department of Medicaid 民權處，投訴基於種族、膚色、宗教、性別、性取向、年齡、殘障、國籍、退役軍人狀況、出身、健康狀況或健康服務需求的任何歧視，地址如下：

民權辦公室：

美國健康和人類服務部
233 N. Michigan Ave. - Suite 240
Chicago, Illinois 60601
1-312-886-2359 (TTY: 1-312-353-5693)

俄亥俄州公民權利處：

Ohio Department of Medicaid
30 E. Broad St., 30th Floor
Columbus, Ohio 43215
1-614-644-2703; 1-866-227-6353
(TTY: 1-866-221-6700)
傳真：1-614-752-6381

- 交換意見，使 UnitedHealthcare Community Plan 做得更好；包括關於您權利與責任的建議。
- 坦誠地就所有適當和需要的醫療選擇進行溝通，無論費用或賠償金承保範圍如何。

權利與責任（續）

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您負有以下責任：

- 透過閱讀本說明書，瞭解 UnitedHealthcare Community Plan 如何運作
- 選擇您的主要護理提供者
- 攜帶您的 UnitedHealthcare Community Plan 卡；（務必在接受服務時出示此卡，並在卡被盜或丟失後盡快報告此情況。此外，務必告知 UnitedHealthcare Community Plan 您可能擁有的任何其他保險，並向您的主要護理提供者提供當前的保險資訊。）
- 按需就醫。
- 按時參加所有約診。
- 若需要更改預約安排，告知 PCP 的辦公室或任何醫療辦公室。
- 尊重 PCP、其他健康護理工作人員及其他患者的權利與財產。
- 瞭解何時服藥、如何服藥並謹遵醫囑。
- 提供關於您的正確醫療資訊。
- 承擔全部責任，若拒絕（反對）治療中的護理則考慮決定的後果，若不理解可以詢問問題。
- 盡最大努力瞭解您的健康問題，參與制定雙方均認可的治療方式
- 確保主要護理提供者獲取您的所有病歷；（包括其他醫生處的所有病歷。）
- 讓 UnitedHealthcare Community Plan 知道您是否在醫院中：（在 24 小時內或盡快這樣做。）
- 同意妥善使用您的健康資訊
- 保有當前的 Medicaid 資格，這樣您就不會失去 UnitedHealthcare Community Plan 的會員資格。

當您不滿意我們做出的決定時

若您不滿意或不同意我們做出的決定， 如何讓 **UnitedHealthcare Community Plan** 瞭解這一情況

若您對關於 UnitedHealthcare Community Plan 或其提供者的任何情況不滿，應盡快聯絡我們。包括不同意我們已做出的決定。您或您希望代您表述意願的人可以聯絡我們。若您希望有人代您表述意願，您需要告知我們這一情況。UnitedHealthcare Community Plan 希望您聯絡我們，以便我們能夠協助您。透過以下方式聯絡我們：

- 撥打會員服務電話 1-800-895-2017（聽障專線：711），或
- 填寫會員手冊中的表格，或
- 致電會員服務，請求他們為您郵寄一份表格，或
- 造訪我們的網站：
www.UHCCCommunityPlan.com，或
- 寫信告知我們您對哪些情況不滿。確保在信中寫明姓名、UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡正面的編號以及地址和電話號碼，以便我們能夠聯絡您（若需要）。此外，您還應當發送有助於解釋問題的任何資訊。

將表格或信件寄送至：

UnitedHealthcare Community Plan
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

若我們做出以下決定，UnitedHealthcare Community Plan 將向您寄送書面材料：

- 拒絕為您承保一項服務的申請；
- 在您接受所批准的所有服務前，減少、暫停或停止服務；或
- 拒絕支付您所接受的 UnitedHealthcare Community Plan 承保範圍外之服務的相應費用。

此外，若在截止日期前出現以下情況，我們也會向您寄送書面材料：

- 尚未決定是否同意為您承保一項服務的申請，或
- 尚未答復關於您告知我們您不滿意的情况。

若您不同意信中列出的決定／行動，在 90 個日曆天內聯絡我們，要求我們更改決定／行動，這即是所謂的上訴。90 個日曆天的期限從該信件郵寄日期的第二天開始計算。除非我們告知您另一日期，否則我們將在從您聯絡我們之日起 15 個日曆天內以書面形式解決您的上訴。若我們決定在您接受所批准的所有服務前，減少、暫停或停止服務，您的信件將告知您如果選擇您如何繼續接受服務以及屆時您可能必須支付服務費用的情况。

當您不滿意我們做出的決定時 (續)

若您因對 UnitedHealthcare Community Plan 或其中一位提供者的一些情況不滿而聯絡我們，這即是所謂的申訴。

UnitedHealthcare Community Plan 將在以下時間範圍內透過電話（或郵件，若我們無法透過電話聯絡到您）解決您的申訴：

- 關於無法取得醫療護理的申訴，2 個工作日
- 除關於取得已接受服務的帳單之申訴外的所有其他申訴，30 個日曆天
- 關於取得已接受服務的帳單之申訴，60 個日曆天。

您亦有權隨時透過以下方式提出投訴：

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709
1-800-605-3040; 1-800-324-8680
聽障專線 (TTY)：1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor - Suite 300
Columbus, OH 43215
1-800-686-1526

州聽證會

UnitedHealthcare Community Plan 將告知您，您有權在以下情況下申請州聽證會：

- 做出拒絕服務的決定
- 做出在接受所有獲批服務前減少、暫停或停止服務的決定
- 提供者因 UnitedHealthcare Community Plan 已拒絕支付服務費用而向您收費
- 做出建議參加或繼續參加 UnitedHealthcare Community Plan Coordinated Services Program 的決定。
- 做出拒絕更改 UnitedHealthcare Community Plan Coordinated Services Program 提供者申請的決定。

在 UnitedHealthcare Community Plan 做出該決定或瞭解到提供者為您開出費用帳單時，我們將向您郵寄州聽證會表。若您希望進行州聽證會，務必在 90 個日曆天內申請聽證會。90 個日曆天的期限從聽證會表郵寄日期的第二天開始計算。若我們已做出在接受所有獲批服務前減少、暫停或停止服務的決定且您在自表單郵寄日期起 15 個日曆天內申請聽證會，我們將不會採取措施，直至接受所有獲批服務或決定舉行聽證會（以日期在前者為準）。

若聽證官員同意我們的決定，則在減少、暫停或停止服務的擬定日期之後，您必須支付所接受服務的費用。若我們擬定將您納入 UnitedHealthcare's Coordinated Service Program (CSP) 且您在自表單郵寄日期起 15 個日曆天內申請聽證會，我們不會將您納入本計畫，直至做出聽證會決定。

州聽證會決定通常在收到申請後不超過 70 個日曆天內發佈。然而，若 MCP 或州聽證會辦事處決定健康狀況符合快速決定的標準，則將在收到申請後不超過 3 個工作日內根據需要盡快發佈決定。快速決定適用於在標準時間範圍內做出決定可能嚴重危及您的生命或健康或者達到、維持或回復最大功能之能力的情況。要申請聽證會，您可以簽署州聽證會表並將之發回至表上列出的傳真號碼地址，撥打州聽證會辦事處電話 1-866-635-3748，或透過電子郵件 bsh@jfs.ohio.gov 提交申請。州聽證會是由您、來自工作和家庭服務郡分部的工作人員、UnitedHealthcare Community Plan 的工作人員以及 Ohio Department of Medicaid 聽證官員舉行的會議。UnitedHealthcare Community Plan 將解釋我們為何做出這樣的決定，而您將告訴我們為何您認為我們做出了錯誤的決定。

聽證官員將聽取這些意見，然後基於提供的資訊以及我們是否遵循相關法律，裁決誰是正確的。若您想要免費法律服務資訊但不知道當地法律援助辦公室的電話，可以撥打俄亥俄州法律服務協會的電話 1-800-589-5888，獲取當地機構的電話號碼。

預先指示

您擁有的權利

使用預先指示詳述關於醫療護理的意願

現在，許多人對於當他們因病重而無法闡明意願時可能取得的醫療護理產生擔憂。一些人可能不希望花費數月或數年時間維持生命。另外一些人可能希望採取每一項措施延長生命。

您擁有的選擇

越來越多的人正在採取行動，表達自己的意願。您可以在健康且能夠選擇時以書面形式詳述您的醫療護理意願。您的健康護理機構必須向您解釋您所擁有的詳述醫療護理意願的權利。此外，該機構還必須詢問您是否已以書面形式詳述意願。該手冊解釋了俄亥俄州法律賦予您關於接受或拒絕醫療護理的權利。這將有助於您選擇自己的醫療護理。此外，本手冊還解釋了若您無法自行做出選擇，您可以如何表述關於您想要取得之護理的意願。該手冊不包含法律意見，但將有助於您瞭解法律賦予您的權利。您可能想要諮詢律師，取得法律意見。關於免費法律服務的資訊，請撥打 1-800-589-5888，工作時間週一至週五上午 8:30 至下午 5 時。

選擇醫療護理時我有哪些權利？

您擁有選擇自己醫療護理的權利。若您不想要某一類型的護理，您有權告知醫生您不想進行該護理。

若因病重而無法做出決定時將如何？ 若我無法表述意願時將如何？

大多數人可以向醫生表述他們的醫療護理意願。但是，一些人由於病重而無法告知醫生他們想要何種類型的護理。根據俄亥俄州法律，您有權在您能夠代表自己時填寫一張表。若您無法表述自己的意願，此表會告知醫生您想要接受哪些護理。

有哪些種類的表？

根據俄亥俄州法律，有四種不同的表或預先指示供您使用。您可以選擇生前遺囑、精神健康治療說明、不施行心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR) 指令或醫療護理持續性代理權中的任何一種。在您能夠代表自己時填寫預先指示。預先醫療指示讓您的醫生和其他人瞭解您的醫療護理意願。

在我取得醫療護理前，我是否必須填寫預先醫療指示？

否，沒有人能讓您填寫預先醫療指示。您自己決定是否填寫。

誰可以填寫預先醫療指示？

滿 18 歲及 18 歲以上的心智健全且可以自己做出決定的任何人可以填寫。

我是否需要律師？

否，填寫預先醫療指示您不需要律師。不過，您可以決定與律師交談。

為我提供醫療護理的人員，是否必須遵循我的意願？

是，如果您的意願遵循國家法律。然而，俄亥俄法律包括道德條例。為您提供醫療護理的人員可能不能遵循您的意願，因為這樣他們會違背其個人道德。如果這樣，他們將協助您尋找遵循您的意願的其他人。

生前遺囑

您可在表格上以書面形式寫下關於您的醫療護理意願。如果您病的太嚴重以致無法表達您的意願，您可以選擇您希望的醫療護理。您可聲明您何時需要或不需要人工提供的食物和水（請參閱第 49 頁）。

生前遺囑如何生效？

生前遺囑說明您想要利用多少種生命支持方法來延長您的生命。僅當您處於以下情況中時生效：

- 處於預計不會結束的昏迷中，或
- 醫療救助無法使您好轉以及您無法表達自己的意願，或
- 預計將死亡且無法表達您的意願。

給予您醫療護理的人員必須完成您生前遺囑中所述內容。生前遺囑賦予他們遵循您意願的權利。只有您自己能夠更改或取消您的生前遺囑。您可以在任何時間這麼做。

不施行心肺復甦術指令

國家規定提供了一份由俄亥俄保健部門研發的不施行心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR) 舒適護理及舒適護理至心搏停止協議 (Comfort Care and Comfort Care Arrest Protocol)。DNR 指令指由醫師或（某些情況下）合格的執業護士或護理專家發佈的指令，其指定了人員且表明將不會對該指定人員施行 CPR。CPR 表示心肺復甦術或心肺復甦術的一個組成部分，但不包括出於 CPR 組成部分以外的目的而清理人員的呼吸道。

DNR 舒適護理及舒適護理至心搏停止協議 (Comfort Care and Comfort Care Arrest Protocol) 列出了在踐行 DNR 舒適護理或舒適護理至心搏停止 (Comfort Care and Comfort Care Arrest) 指令時，護理人員、急救醫務人員、醫師或護士將採取的具體行動。該協議還列出了不必採取的具體行動。

您應當與您的醫生談論與 DNR 舒適護理及舒適護理至心搏停止 (Comfort Care and Comfort Care Arrest) 指令和協議選項有關的內容。

預先指示（續）

持續性代理權

醫療護理持續性代理權不同於其他類型的代理權。本手冊僅談論與醫療護理持續性代理權有關的內容，沒有與其他類型的代理權有關的內容。持續性代理權容許您選擇執行您醫療護理意願的人員。如果您無法代表自己，此人將代表您。這可能會持續較短或較長的時間。

我應當選擇誰？

您可以選擇任何您信任的成人親屬或朋友在您無法代表自己時代表您。確保與此人談論您的意願。然後在您的表格中寫下您希望或不希望進行的內容。您還應與您的醫生談論您的意願。您選擇的人員必須遵循您的意願。

我的醫療護理持續性代理權何時生效？

此表格僅在您無法為自己選擇護理（無論持續時間較短還是較長）時生效。該表格僅在以下情況下容許您的親屬或朋友停止生命支持：

- 當您處於預計不會結束的昏迷中，或
- 預計您將死亡的情況下。

精神健康治療聲明

精神健康治療聲明更明確關注於精神健康護理。該聲明容許患者（在有能力時）委派一名代理人在他或她沒有能力做出決定時代表其做出決定。此外，該聲明可闡明與治療相關的某些意願。該患者可指明藥物和治療偏好，以及與加入／保留於某機構有關的偏好。

精神健康治療聲明可取代精神健康護理的持續性代理權，但不能取代生前遺囑。

預先指示

醫療護理持續性代理權與生前遺囑之間的區別是什麼？

在您無法表達自己意願的情況下，生前遺囑將以書面形式解釋您想要的醫療護理類型。

持續性代理權容許您選擇在您無法代表自己時執行您醫療護理意願的人員。

如果我擁有醫療護理持續性代理權， 我是否還需要生前遺囑？

這兩者您可能都需要。兩者分別對您醫療護理的不同部分進行了說明。生前遺囑使您的意願直接對您的醫生公開，但僅陳述您關於使用生命支持方法的意願。醫療護理持續性代理權容許您所選擇的人員在您無法代表自己時執行您的所有醫療護理意願。醫療護理持續性代理權不可取代生前遺囑。

我可以更改預先指示嗎？

是的，您可以在任何您希望更改時更改您的預先指示。如果您已有預先指示，確保它遵循俄亥俄法律（生效日期 1991 年 10 月 10 日）。您可能會希望聯繫一名律師以取得協助。時常查看您的預先指示是一個良好的方法。確保它們陳述的仍是您所希望的，並確保它們含蓋了所有領域。

如果我沒有預先指示，當我無法選擇時，誰將選擇我的醫療護理？

在預計您將死亡且不能代表自己的情況下，俄亥俄法律容許您的近親屬選擇醫療護理。如果您處於預計不會結束的昏迷中，12 個月後您的近親屬可決定停止或不使用生命支持。您的近親屬或許還能夠決定停止或不使用人工供給食物或水。

其他需要考慮的事情

關於停止或不使用人工供給食物和水的情況

人工供給食物和水意為以在您身體內放置導管的方式提供營養。您能否決定停止或不使用這些方式取決於您的健康狀態。

- 在預計您將死亡且無法表達自己意願的情況下，並且您的生前遺囑僅陳述您不希望使用生命支持方法來延長生命，那麼便可停止或不使用人工供給食物和水。
- 在預計您將死亡且無法表達自己意願的情況下，並且您沒有生前遺囑，那麼俄亥俄法律容許您的近親屬來決定停止或不使用人工供給食物和水。
- 當您處於預計不會結束的昏迷中，並且您的生前遺囑陳述您不希望使用人工供給食物和水，那麼可以停止或不使用人工供給食物和水。
- 當您處於預計不會結束的昏迷中，並且您沒有生前遺囑，那麼俄亥俄法律容許您的近親屬來決定停止或不使用人工供給食物和水。不過，他或她必須等待 12 個月並取得遺囑檢驗法院的批准。

如果填寫預先指示，我就同意了安死術或協助自殺嗎？

不是，俄亥俄法律不容許安死術或協助自殺。

預先指示 (續)

我從哪裡可以取得預先指示表格？

許多為您提供醫療護理的人員和場所均有預先指示表格。向會員服務申請預先指示表格 - 生前遺囑、醫療護理持續性代理權、DNR 指令或精神健康治療聲明。律師也可以協助您。

填寫完成後，我應如何處理我的表格？

您應當把副本給您的醫生或健康護理機構以便存入您的病歷中。給您信任的家庭成員或朋友一份副本。如果您已在醫療護理持續性代理權中選定了某人，那麼給那名人員一份副本。將一份副本與您的私人文件放在一起。您可能會想給您的律師或神職人員一份副本。

確保告知您的家庭和朋友您已經完成的事情。不要只是把表格放好且將表格遺忘。

預先指示是會影響您所接受的健康護理的嚴肅決定。無論您是否應當使用預先指示，並且如果使用，您適合何種類型的預先指示，這些可能比較複雜；所以我們建議您與您信任的家庭成員、朋友或其他顧問商量此情況。而 UnitedHealthcare Community Plan 不會認可任何特殊的預先指示表，您可在以下網址找到一些示例表單的連結：

Nlm.nih.gov/medlineplus/advancedirectives，

或登入：**Familydoctor.org**，

或登入：**Uslivingwillregistry.com/forms**。

您還可向您的醫生或其他醫療提供者就不同種類的預先指示以及這些預先指示如何為選擇使用它們的人們工作尋求建議。從道德觀點觸發或由於其他任何原因，UnitedHealthcare Community Plan 均不會限制預先指示的實施。我們向我們的員工提供與您行使預先指示權利有關的訓練。如果與預先指示有關的法律發生變化，我們將在該變化後 90 天內更改我們的方針以便與變化相符。

預先指示通常由參與並與您一同工作以解決您的健康護理需要的醫生來執行。如果您有預先指示，您應當確保您的醫生或任何參與您的健康護理的人員瞭解您有預先指示這一情況，預先指示應成為您病歷的一部分。即使您選擇進行預先指示，也不容許 UnitedHealthcare Community Plan 提供者歧視您。UnitedHealthcare Community Plan 將盡量嘗試協助您實施預先指示，並且如果提供者未遵守預先指示您可撥打會員服務電話 1-800-895-2017

（聽障專線：711）或造訪我們的網站 **www.UHCCCommunityPlan.com** 提出投訴。您還可以透過撥打電話 1-800-342-0553 聯絡俄亥俄保健部門提出投訴。

重要術語

術語	描述
虐待	有意傷害某人。（包括大聲叫喊、忽視患者需求以及不適當的接觸。）
預先指示	提前做出的關於健康護理的決定，以防將來無法表述自己的意願。這將告訴您的家人和醫生如果您能夠做出決定，您的決定會是什麼。
上訴	上訴涉及由會員、獲會員許可的其代表或提供者提出的異議，其質疑健康計畫拒絕或限制服務（包括服務的類型或水平）授權，或減少、暫停或停止支付先前獲授權的服務；或任何未能及時對服務進行授權或在要求的時間段內對申訴或上訴進行判決的情況。
授權	對服務的確認或批准。
福利	UnitedHealthcare Community Plan 將為您提供的服務、程序和藥物治療。
臨床護理管理	由護士根據您的需要所提供的在 UnitedHealthcare Community Plan 賠償金的知識和協調方面的一對一協助。
退出	停止您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員資格。
耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)	耐用醫療器材包括必須能使用一段時間的器材，如：輪椅、步行器、糖尿病血糖儀、IV 輸液架。也可以是必須丟棄的器材，如：繃帶、導管和針頭。DME 必須由您的醫生申請。
急診	發生突然且當時未預料到的身體或精神狀況的變化，如果不立即進行手術或治療，可能會導致 1) 死亡或截肢，2) 身體功能的嚴重損害，3) 身體某部分或未出生嬰兒健康永久受損。

重要術語（續）

術語	描述
欺詐	一種不誠實的行為（例如：您本人之外的某個人使用您的 ID 卡但卻假裝成您）。
申訴	申訴是對健康計畫或開業者或任何事（除依據計畫所採取的行動）表達不滿的一種方式。申訴可包括所提供護理或服務品質問題、人際關係方面問題（如提供者或員工的無禮）或不尊重會員權利。
健康資訊	關於您的健康和護理的現實情況。此資訊可能來自 UnitedHealthcare Community Plan 或提供者。它包括有關您身體和精神健康以及護理付款的資訊。
ID 卡	證明您是 UnitedHealthcare Community Plan 會員的一張身份識別卡。您應該始終隨身攜帶這張卡。
免疫接種	預防疾病的疫苗注射。兒童應在特定的年齡接種多種疫苗。通常在定期醫生訪視時注射疫苗。
知情同意	即已向您解釋所有的醫學治療；您瞭解並同意。
網內	與 UnitedHealthcare Community Plan 簽訂協議並向會員提供健康護理服務的醫生、專科醫生、醫院、藥局及其他提供者。
住院患者	當准許您入院住一段時間時。
會員	加入 Medicaid 或 DHCP 項目中的 UnitedHealthcare Community Plan 的合格人員。
ODM	Ohio Department of Medicaid
網外	與 UnitedHealthcare Community Plan 簽訂協議並向會員提供健康護理服務的醫生、專科醫生、醫院、藥局及其他提供者。

術語	描述
門診患者	當您做完無需留院過夜的手術時。
處方	醫生對於藥物或治療的書面指導。
主要護理提供者 (PCP)	一名您選擇其成為您的主要護理提供者的醫生，他／她有自己的私人開業診所。您的 PCP 會協調您所有的健康護理。
事先授權	您的醫生所使用的用以取得（需要取得批准才能提供的）服務批准的程序。
提供者名錄	一份提供者名單，他們加入 UnitedHealthcare Community Plan 以協助滿足您的健康護理需求。
提供者或開業者	提供健康護理的個人或機構（醫生、藥局、牙醫、診所、醫院等等）。
轉診	當您與您的 PCP 商定您需要去另一名醫生處就診時，您的 PCP 會將您轉診至網絡專科醫生。
自行轉診服務	您無需去您的 PCP 處就可以辦理轉診的一項服務。
專科醫生	任何接受某種特定狀況或疾病的特殊訓練的醫生。
緊急護理	當您生病但病症非急症，並且您需要在 48 小時內接受治療或醫療建議時。
WIC	婦女、嬰兒和兒童食品補充計畫，為孕產婦、嬰兒和 2 歲以下的兒童提供營養諮詢、營養教育和營養食品。含蓋低收入、被認為營養不良並具有營養風險的 5 歲以下的兒童。

隱私聲明

健康計畫隱私政策聲明。

該聲明顯示了可能會如何使用和共享關於您的醫療資訊。其指明了您如何取得此資訊。請仔細閱讀。

生效日期 2013 年 9 月 23 日

我們¹必須依據法律保護您的健康資訊 (health information, HI) 隱私。我們必須發給您此聲明。它會告知您以下內容：

- 我們可能如何使用您的 HI。
- 我們何時能夠與他人共享您的 HI。
- 您對於您的 HI 擁有哪些權利。

我們必須依據法律遵循該聲明的條款。

此聲明中的「健康資訊」（或 HI）是指可用於確定您身份的資訊。並且，其必須與您的健康或健康護理服務相關。我們有權更改我們的隱私政策。如果我們更改政策，我們將在下一年度寄給您一份通知或以電子郵件的形式發給您一份通知（如果法律允許的話）。我們會將新通知貼到健康計畫網站 www.UHCCCommunityPlan.com 上。我們有權將已更改聲明應用於我們現有的 HI 和未來資訊。我們將遵循法律並為您提供關於違背您的 HI 的通知。

我們會收集和保存您的 HI，以便我們能夠運營業務。HI 可能是口頭、書面或電子形式。我們會限制管理您的承保範圍和提供服務之員工以及服務提供者對您的所有類型 HI 的訪問權限。我們會根據聯邦標準提供物理、電子和程序保障措施，以保護您的 HI。

我們如何使用或共享資訊

我們必須應以下人士的要求使用和共享您的 HI：

- 您或您的法定代理人。
- 確保您的隱私受到保護的健康和人類服務部秘書。

我們有權使用和共享 HI。這必須用於您的治療、支付護理費用以及我們運營業務。例如，我們可以針對以下目的使用和共享它：

- **用於支付。**這也可包括協調賠償金。例如，我們可以告訴提供者您是否有承保資格以及可承保帳單的多少金額。
- **用於治療或管理護理。**例如，我們可以與提供者共享您的 HI，以便協助其為您提供護理。
- **用於與護理相關的健康護理工作。**例如，我們可能提出疾病管理或健康計畫。我們可以研究數據以瞭解如何改進我們的服務。
- **向您介紹健康計畫或產品。**可以是其他治療或產品及服務。這些活動可能受到法律限制。
- **供計畫發起人使用。**我們可以向雇主計畫發起人提供加入、退出及匯總 HI。若他們同意按照聯邦法律限制 HI 使用，我們即可向其提供其他 HI。
- **用於承保目的。**我們可能會使用您的 HI 做出承保決定，但我們不會將您的遺傳 HI 用於承保目的。
- **用於福利或護理提醒，**如約會提醒。

我們可以按照以下方式使用或共享您的 HI：

- **按照法律的要求。**
- **與您的護理相關的人共享。**可以是一位家庭成員。若您無法同意或反對，就可能發生這種情況。例如緊急情況或當被問及時您同意或未能反對的情況。若您無法同意或反對，我們將使用我們的最佳判斷。特殊規則適用於我們共享已逝者 HI 時的情況。
- **用於公共衛生活動。**可以是為了防止疾病暴發流行。
- **用於報告虐待、忽視或家庭暴力。**我們只能與法律允許取得此 HI 的機構共享。可以是社會或保護服務機構。
- **用於法律允許取得 HI 之機構的健康監督活動。**可以用於許可、審核以及詐騙與濫用調查。
- **用於司法或行政訴訟。**回復法庭命令或傳票。
- **用於執法。**找到失蹤者或報案。
- **用於健康或安全威脅。**可以是公共衛生機構或法律執行機構。例如：緊急或災難情況。
- **用於政府職能。**可以用於軍事與退伍軍人用途、國家安全或保護服務。
- **用於工作人員補償。**遵守勞動法。
- **用於研究。**研究疾病或殘疾（在法律的許可範圍內）。

- **用於提供死者資訊。**可以是為驗屍官或法醫提供資訊。確定死者、找到死亡原因或按照法律所述要求。我們可向喪葬承辦者提供 HI。
- **用於器官移植。**協助獲取、儲存或移植器官、眼睛或組織。
- **用於懲教機構或執法機構。**適用於受羈押人員：(1) 提供健康護理；(2) 保護您與他人的健康；(3) 用於機構安全。
- **用於我們的業務夥伴**（若需要為您提供服務）。我們的夥伴同意保護您的 HI。不允許他們將 HI 用於我們與其所簽訂合約範圍以外的用途。
- **其他限制。**聯邦和州法律可能會限制高度機密 HI 的使用和共享。這可包括涉及以下方面的州法律：
 1. HIV／愛滋病
 2. 精神健康
 3. 遺傳測試
 4. 酒精和藥物濫用
 5. 性傳播疾病 (Sexually transmitted diseases, STD) 和生殖健康。
 6. 兒童或成人虐待或忽視或性侵害。

若更加嚴格的法律適用，我們旨在符合這些法律。附件是「聯邦和州修正案」文件。

隱私聲明 (續)

除本聲明所述，我們僅會在獲取您書面同意的情況下使用您的 HI。包括取得您的書面同意才能共享關於您的心理療法記錄、向他人出售您的 HI 或在一些宣傳郵件中使用您的 HI。若您允許我們共享您的 HI，我們不保證取得此資訊者不會共享該資訊。若我們不對此採取措施，您可以撤銷同意。欲瞭解如何撤銷，請撥打 ID 卡背面的電話號碼。

您的權利

您享有關於以下方面內容的權利：

- **要求我們限制使用或共享治療、支付或健康護理工作資訊。**您可以要求限制與家庭成員或參與護理或為護理付款的他人共享。我們可讓您的家屬申請限制。我們會盡力執行您的申請，但我們不是必須這樣做。
- **要求以另一種方式或在另一地點進行機密通訊。**（例如，寄到郵政信箱而不是您家。）當資訊披露可能會危及您時，我們將同意您的申請。我們採取口頭申請的方式。您可以更改您的申請。必須採用書面形式。將其郵寄至以下地址。
- **瞭解或獲取我們做出關於您的決策時所使用的某些 HI 之副本。**您必須以書面形式提出要求。將其郵寄至以下地址。若我們以電子形式保存這些記錄，則您有權要求我們將電子副本發送給您。您可以要求將您的記錄發送給第三方。我們可以將摘要寄給您。我們可能會收取副本費用。我們可能拒絕您的請求。若我們拒絕您的申請，您可以要求審核我們所做出的拒絕決議。

- **請求修正。**若您認為自己的 HI 出現錯誤或不完整，您可以要求對其進行更改。您必須以書面形式提出要求。您必須提供更改原因。將其郵寄至以下地址。若我們拒絕您的申請，您可在您的 HI 上添加您的不同看法。
- **獲取您提出申請前六年中共享 HI 的報告。**這不包括以下情況下的任何共享 HI：(i) 用於治療、支付和健康護理工作；(ii) 與您共享或在您的同意下共享的資訊；(iii) 與懲教機構或執法機構共享的資訊。此處未列出聯邦法律要求我們追蹤的披露資訊。
- **獲取此聲明的紙質副本。**您可以隨時索取副本。即使您曾同意以電子方式獲取此聲明，您也有權取得紙質副本。您也可以在我們的網站 www.UHCCCommunityPlan.com 上取得副本。

使用您的權利

- **聯絡您的健康計畫。請撥打 ID 卡背面的電話號碼。**或者您可以聯繫 UnitedHealth Group 呼叫服務中心 1-866-633-2446 (TTY: 711)。
- **提交書面申請。**郵寄至以下地址：
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

- **提出投訴。**若您認為您的隱私權受到了侵犯，可向上述地址發送投訴。

您也可通知 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生與人群服務部) 書記官。我們不會因您申訴而採取任何對您不利的行動。

本聲明顯示了可能會如何使用和共用您的財務資訊。其指明了您如何取得此資訊。請仔細審閱。

生效日期 2013 年 9 月 23 日

我們²會保護您的「個人財務資訊」(personal financial information, FI)。這是指關於健康護理承保範圍內之人或申請承保之人的非健康資訊。這是確定個人身份和通常不會公開之資訊。

我們收集的資訊。

我們會透過以下方式取得您的 FI：

- 申請或表格。這可包括姓名、地址、年齡和社會保險號碼。
- 您與我們或他人的經濟事務。這可能包括保費支付資料。

FI 共用。

除非法律需要或允許，否則我們不會共用會員或前會員的 FI。

為運營業務，我們可能會在未取得您同意的情況下與關聯公司共用 FI。這旨在告知他們您的經濟事務，如保費支付。

- 分享給我們的關聯公司，包括金融服務提供者（如其他保險公司）和非金融公司（如數據處理商）。
- 為日常業務目的而分享給其他公司，如處理您的經濟事務、維護您的帳戶或回應法庭命令和法律調查；以及
- 分享給為我們執行服務的其他公司，包括以我們的名義發送宣傳資訊。

保密性和安全性

我們會限制管理您的承保範圍和提供服務之員工以及服務提供者對您的 FI 的訪問權限。我們會根據聯邦標準提供物理、電子和程序保障措施，以保護您的 FI。

關於此聲明

關於此聲明，如果您有任何疑問，請撥打您的健康計畫 ID 卡背面的免費會員電話號碼或聯絡 UnitedHealth Group 客戶電話服務中心 1-866-633-2446 (TTY: 711)。

隱私聲明 (續)

¹ 此醫療資訊隱私政策聲明適用於與 UnitedHealth Group 關聯的以下健康計畫：ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Maryland, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Citrus Health Care, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Medical Health Plans of Florida, Inc.; Medica HealthCare Plans, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of New York, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Partners, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

² 對此財務資訊隱私聲明來說，「我們」是指健康計畫隱私政策聲明第一頁開始處腳注 1 中列出的機構以及以下 UnitedHealthcare 關聯公司：AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physicians Choice Insurance Services, LLC; ProcessWorks, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. 僅當法律要求時，此財務資訊隱私聲明才適用。具體而言，它不適用於 (1) 由 Health Plan of Nevada Inc. 和 Sierra Health and Life Insurance Company Inc. 在內華達州提供的健康護理保險產品；或 (2) 在提供 HIPAA 所含蓋機構或健康保險產品之例外項的州中的其他 UnitedHealth Group 健康計畫。

UnitedHealth Group
健康計畫隱私政策聲明：
聯邦和州修正案

修訂：2013 年 9 月 23 日

該聲明的第一部分（第 1 - 4 頁）顯示了根據聯邦隱私規則我們可能會如何使用和共享您的健康資訊（“HI”）。其他法律可能會限制此類權利。下面的圖表：

1. 顯示遵循更加嚴格法律的類別。
2. 為您提供有關在無需您同意的情況下使用和共享您的 HI 之情況的總結。

您的書面同意（若需要）務必符合適用的聯邦或州法律的規定。

聯邦法律摘要

酒精和藥物濫用資訊

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下使用和披露受到聯邦法律保護的酒精和藥物濫用資訊，及／或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。

遺傳資訊

法律不允許我們將遺傳資訊用於承保目的。

隱私聲明 (續)

州法律摘要

一般健康資訊	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露一般健康資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
HMO 必須為參保者提供同意或拒絕披露的機會，在某些情況下例外。	KY
您能夠限制以一些電子方式披露健康資訊。	NC, NV
法律不允許我們將健康資訊用於某些目的。	CA, IA
除處於某些目的外，我們不會使用及／或披露關於某些政府補助計畫的資訊。	KY, MO, NJ, SD
處於某些目的使用或披露您的健康資訊前，我們必須遵守額外限制。	KS
處方	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露處方相關資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	ID, NH, NV
傳染病	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露傳染病資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
性傳播疾病和生殖健康	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露性傳播疾病及／或生殖健康資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
酒精和藥物濫用	
法律允許我們 (1) 在一些有限的情況下使用和披露酒精和藥物濫用資訊，及／或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
披露酒精和藥物濫用資訊可能會受到資訊主體個人的限制。	WA

州法律摘要（續）

遺傳資訊

法律不允許我們在未取得您的書面同意情況下披露遺傳資訊。	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露遺傳資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
限制適用於遺傳資訊的 (1) 使用及／或 (2) 保留。	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT

HIV／愛滋病

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露 HIV／愛滋病相關資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
一些限制適用於口頭披露 HIV／愛滋病相關資訊。	CT, FL
我們僅會在獲取您書面同意的情況下收集一些 HIV／愛滋病相關資訊。	OR

精神健康

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露精神健康資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
披露資訊可能會受到資訊主體個人的限制。	WA
一些限制適用於口頭披露精神健康資訊。	CT
一些限制適用於使用精神健康資訊。	ME

兒童或成人虐待

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下使用和披露兒童或成人虐待資訊，及／或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI
--	--

備註

會員姓名_____ ID # _____

電話號碼：（家庭）_____（單位）_____

[illegible]

(日期)

俄亥俄

主要護理提供者 (PCP) 變更申請

PCP 主要負責為您提供健康護理。您需要更換您的 PCP 嗎？本手冊的第 11 頁向您介紹了更換 PCP 的相關事宜。

填寫該表格並郵寄至：

UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

當您選擇一名 PCP 時，我們會發給您一張新的 ID 卡。如果我們無法處理您的申請，我們會電話通知您。

會員資訊：

會員姓名 _____
姓 名 中間名

地址 _____
城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

會員 ID # _____ 出生日期 ____/____/____
月 日 年

電話號碼：(____) _____
電話區號 號碼

簽名： _____ 日期： _____

PCP 選擇 1：

您選擇的 PCP 的名字 _____
姓 名

地址 _____
城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話號碼：(____) _____
電話區號 號碼

提供者 ID 號（提供者名錄中列出的） _____

PCP 選擇 2：

您選擇的 PCP 的名字 _____
姓 名

地址 _____
城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話號碼：(____) _____
電話區號 號碼

提供者 ID 號（提供者名錄中列出的） _____

授權代表的指定

申請人／接收者的名	中間名	姓	Medicaid 開票 # 或 SSN
街道地址，包括 Apt. #	城市	郵遞區號	郡

本人在此授權以下個人或公司做為我的代表：

名	中間名	姓	住宅電話
職位名稱	公司	工作電話	
郵寄地址	城市	州	郵遞區號

本人在此授權此人或公司代表本人行使以下方面的權利：

☐ 糧食援助 ☐ 現金補助 ☐ Medicaid ☐ 兒童護理

本授權持續到：

☐ 本人申請得到批准
☐ 本人撤回該授權，或委派一名新的代表
☐ 其他情況（請詳細說明日期或行動） _____

本人在此授權此人或公司以本人的名義執行以下活動：

☐ 為了確保本人取得或繼續取得上述福利而可能需要採取的任何行動

或僅以下所選的具體行動：

☐ 展示本人的福利申請 ☐ 代表本人出席州聽證會
☐ 代表本人向 CDJFS 提供驗證文件 ☐ 收集本人病歷
☐ 接收和回應有關本人申請的所有通信副本
☐ 其他情況（請詳細說明） _____

當該授權生效時，工作和家庭服務郡分部或俄亥俄州工作和家庭服務部所發的所有通知也將發送給您的授權代表。

簽名。除非授權人和獲授權代表或被指定為授權代表的公司員工簽字，否則該表格無效。

授權人簽名	日期
授權代表簽名	職位名稱（若為授權公司員工） 日期

備註

備註

